





دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده ی پزشکی شهید بابایی

پایان نامه:

جهت اخذ درجه ی دکترای پزشکی

موضوع:

**تعیین تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی خانوار بر نوع شیر
مصرفی و مکمل های کودکان زیر ۵ سال**

به راهنمایی:

استاد ارجمند خانم دکتر رزا زاوشی

دانشیار تغذیه دانشکده ی پزشکی

اساتید مشاور:

آقای دکتر مصطفی نوروزی دانشیار تغذیه ی دانشکده ی پزشکی

آقای دکتر حسن جهانی هاشمی دانشیار آمار حیاتی دانشکده ی پزشکی

نگارش:

فهیمة شکرالهی ورودی سال ۸۶

سال تحصیلی ۹۴-۹۳ شماره ی پایان نامه: ۱۰۵۳

سپاس و ستایش مر خدای را جل جلاله که آثار قدرت او بر چهره ی
روز روشن ،تابان است و انوار حکمت او در دل شب تار درخشان.

تقدیم به آنان که آموختند مرا که بیاموزم

با سپاس فراوان از استاد ارجمند سر کار خانم دکتر رزا زاوشی که بدون راهنمایی های
ایشان نگارش این پایان نامه مقدور نبود.

و با تشکر فراوان از اساتید محترم استاد بزرگوار جناب آقای دکتر مصطفی نوروزی به
پاس رهنمودهای بی دریغشان و استاد ارجمند جناب آقای دکتر حسن جهانی هاشمی به پاس
زحمات بی شمارشان.

تقدیم به آنان که ناتوان شدند تا ما به توانایی برسیم، موهایشان سپید شد تا ما رو سفید شویم

تقدیم به مقدسترین واژه ها در لغت نامه ی دلم

مادر مهربانم، ای شوق زیبایی نفس کشیدن و ای روح مهربان هستیم

تقدیم با بوسه بر دستان پدرم

خورشیدی شدی و از روشنایی ات جان گرفتم و در نا امیدی ها نازم کشیدی و لبریزم

کردی از امید و تلاش

تقدیم به خواهر عزیزم فاطمه و برادرهای عزیزم مهدی و مصطفی

که رنگ شادی هایم شدند و لحظات غم را از من دور کردند و عمری خستگی هایم را به
جان خریدند.

چکیده

مقدمه:

شیر مادر بهترین تغذیه برای رشد و تکامل شیرخوار است. کمبود ویتامین ها و آنمی از مشکلات شایع تغذیه ای در کودکان کمتر از ۵ سال است که به رشد فیزیکی و مغزی کودک آسیب می زند.

مواد و روش کار:

این مطالعه در سال ۱۳۹۳ جهت بررسی تاثیر عوامل اجتماعی و اقتصادی خانواده بر نوع شیر مصرفی و مکمل های غذایی کودکان ۶۰-۱۲ ماهه ی شهر قزوین انجام شده است. اطلاعات این مطالعه توسط پرسشنامه و از طریق مصاحبه ی حضوری جمع آوری گردید و داده ها توسط آزمون آماری کای دو و ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها :

نتایج حاصل از بررسی ۸۹۱ کودک این مطالعه نشان داد ۷۳/۴٪ از کودکان فقط شیر مادر خورده اند ، ۱۸/۹٪ از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده کرده اند و ۷/۷٪ شیر خشک به تنهایی استفاده کرده اند. میانگین مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه ۱۸/۷ ماه بود.

مطالعه ی ما نشان داد طول مدت تغذیه با شیر مادر با بهبود وضعیت اقتصادی خانواده ($P=0.003$) و زایمان طبیعی مادر ($P=0.026$) افزایش می یابد. مصرف شیر خشک به همراه شیرمادر در مادران شاغل بیشتر بود ($P=0.005$). مصرف شیرخشک به تنهایی در مادران با زایمان سزارین بیشتر بود ($P=0.050$). با افزایش رتبه ی تولد قطره ی آهن ($P=0.030$) و مولتی ویتامین ($P=0.045$) برای کودک زودتر شروع می شود. با افزایش سطح تحصیلات مادر مولتی ویتامین دیرتر برای کودک شروع می شود ($P=0.00$) ولی مدت مصرف مکمل آهن در کودکان افزایش می یابد ($P=0.014$).

نتیجه گیری :

مطالعه ی ما نشان داد نوع شیر مصرفی و مکمل های ویتامینی با شاخص های اجتماعی اقتصادی همانند وضعیت اقتصادی خانواده ، نوع زایمان مادر ، شغل مادر ، رتبه ی تولد کودک ، تعداد افراد خانواده و سطح تحصیلات مادر مرتبط می باشد .

واژگان کلیدی : تغذیه با شیر مادر، شیر خشک ، وضعیت اجتماعی اقتصادی ، مکمل خوراکی

فهرست مطالب

عنوان	شماره ی صفحه
چکیده ی پایان نامه	۶
فهرست مطالب	۸
فهرست جداول	۱۱
فصل اول	
مقدمه	۲۰
توصیه های WHO در مورد تغذیه ی شیرخواران	۲۲
مزایای شیر مادر برای کودک	۲۳

۲۶	مزایای شیر دهی برای مادر
۲۷	اهمیت مکمل های غذایی
۳۴	دستورالعمل کشوری وزارت بهداشت در مورد مکمل ها
۳۵	اهداف و فرضیات

فصل دوم

۴۰	بررسی مقالات علمی انجام شده
----	-----------------------------

فصل سوم

۵۹	مواد و روش کار
۶۰	روش جمع آوری اطلاعات
۶۴	تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم

۶۶	نتایج و یافته ها
۶۶	خصوصیات کودک و والدین

تغذیه با شیر مادر ۷۱

مکمل یاری ۷۵

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری ۱۱۴

پیشنهادهات ۱۳۰

فصل ششم

فهرست منابع ۱۳۲

پیوست پرسشنامه ۱۴۴

چکیده ی انگلیسی (Abstract) ۱۴۶

فهرست جداول

صفحه	عنوان جدول
۷۲	جدول شماره ی ۱- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه با شیر مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی درمانی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
۷۴	جدول شماره ی ۲ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب اولین غذای کمکی کودک، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
۷۵	جدول شماره ی ۳ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت مصرف قطره ی آهن، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
۷۶	جدول شماره ی ۴ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت مصرف مکمل مولتی ویتامین، مراکز و پایگاههای بهداشتی درمانی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

- ۷۸ جدول شماره ی ۵ - میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیرمادر برحسب درآمد خانواده درکودکان مورد مطالعه، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۷۹ جدول شماره ی ۶ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب استفاده ی همزمان از شیر خشک و شیر مادر و تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۷۹ جدول شماره ی ۷ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۱ جدول شماره ی ۸ - میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزندان خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۱ جدول شماره ی ۹ - میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شه ر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۲ جدول شماره ی ۱۰ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت تغذیه با شیر مادر و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۳ جدول شماره ی ۱۱ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزندان خانواده و شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۴ جدول شماره ی ۱۲ - میانگین و انحراف معیار مدت زمان استفاده از مولتی ویتامین در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

- ۸۴ جدول شماره ی ۱۳ - میانگین وانحراف معیار سن شروع مکمل آهن در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین سال ۱۳۹۳
- ۸۵ جدول شماره ی ۱۴ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت زمان استفاده از مکمل آهن و تعداد افراد خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۵ جدول شماره ی ۱۵ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه با شیر مادر و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۶ جدول شماره ی ۱۶ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزندان خانواده و شغل مادر مطالعه، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۷ جدول شماره ی ۱۷ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع قطره ی آهن و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۷ جدول شماره ی ۱۸ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع مولتی ویتامین و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۸ جدول شماره ی ۱۹ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت استفاده از قطره ی آهن و وضعیت اقتصادی خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

- جدول شماره ی ۲۰ - میانگین و انحراف معیار مدت استفاده از مولتی ویتامین در کودکان
مورد مطالعه بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین
، سال ۱۳۹۳
- ۸۹
- جدول شماره ی ۲۱ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع قطره ی
آهن و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۸۹
- جدول شماره ی ۲۲ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع مولتی
ویتامین و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۹۰
- جدول شماره ی ۲۳ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب میزان استفاده ی
همزمان از شیر خشک و شیر مادر و تحصیلات پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی
شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۹۱
- جدول شماره ی ۲۴ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر
خشک به تنهایی و تحصیلات پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین سال
۱۳۹۳
- ۹۱
- جدول شماره ی ۲۵ - میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی آهن در کودکان
مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال
۱۳۹۳
- ۹۲

- جدول شماره ی ۲۶ - میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین
در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی
شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۹۳
- جدول شماره ی ۲۷ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب استفاده ی همزمان
از شیر خشک به همراه شیر مادر و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین
، سال ۱۳۹۳
- ۹۴
- جدول شماره ی ۲۸ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک
به تنهایی و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳
- ۹۵
- جدول شماره ی ۲۹ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک
به تنهایی و همراه با شیر مادر و شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال
۱۳۹۳
- ۹۶
- جدول شماره ی ۳۰ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک
به تنهایی و همراه با شیر مادر و بعد خانوار، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین،
سال ۱۳۹۳
- ۹۷
- جدول شماره ی ۳۱ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک
به تنهایی و همراه با شیر مادر و رتبه ی تولد کودک، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ،
سال ۱۳۹۳
- ۹۸

- جدول شماره ی ۳۲ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک
به تنهایی و همراه با شیر مادر و میزان درآمد خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر
قزوین ، سال ۱۳۹۳ ۹۹
- جدول شماره ی ۳۳ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک
به تنهایی و همراه با شیر مادر و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر
قزوین ، سال ۱۳۹۳ ۱۰۱
- جدول شماره ی ۳۴ – میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی آهن در کودکان
مورد مطالعه بر حسب رتبه ی تولد، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳ ۱۰۲
- جدول شماره ی ۳۵ – میانگین و انحراف معیار طول مدت استفاده از قطره ی آهن در
کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر
قزوین سال ۱۳۹۳ ۱۰۳
- جدول شماره ی ۳۶ – میانگین و انحراف معیار طول مدت مصرف قطره ی مولتی ویتامین
در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر
قزوین ، سال ۱۳۹۳ ۱۰۴
- جدول شماره ی ۳۷ – میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین در
کودکان مورد مطالعه بر حسب رتبه ی تولد کودک، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر
قزوین ، سال ۱۳۹۳ ۱۰۴

- ۱۰۵ جدول شماره ی ۳۸ – میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان
مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۱۰۵ جدول شماره ی ۳۹ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه
با شیر مادر و مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و شاخص های اجتماعی اقتصادی
خانوار، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۱۰۷ جدول شماره ی ۴۰ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه ی
انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر و شاخص های اجتماعی و اقتصادی خانوار،
مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۱۰۹ جدول شماره ی ۴۱ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه ی
انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه و شاخص های اجتماعی اقتصادی خانوار، مراکز و
پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۱۱۱ جدول شماره ی 42 – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه با
شیر مادر به مدت ۱۲ تا ۲۴ ماه و شاخص های اجتماعی اقتصادی خانوار، مراکز و
پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

فهرست نمودار ها

- ۷۰ نمودار شماره ی ۱ - توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب سطح تحصیلات پدران و مادران ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۷۱ نمودار شماره ی ۲ - توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب میزان درآمد خانواده ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۷۲ نمودار شماره ی ۳ - توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان مادر ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۷۳ نمودار شماره ی ۴ - توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
- ۷۵ نمودار شماره ی ۵ - توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب نوع شیر مصرفی ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

فصل اول:

مقدمه و بیان مسئله

پیشگفتار:

تغذیه مناسب در دوره ی شیرخوارگی و کودکی برای رشد، سلامت و تکامل کودکان ضروری است

(۱). تغذیه با شیر مادر طبیعی ترین و بهترین راه مراقبت و تغذیه ی شیرخوار است (۲)

مقدمه :

در اوایل بارداری جفت مقدار زیادی هورمون استروژن و پروژسترون ترشح می کند که باعث تکامل غدد مترشحه ی شیر و مجاری آن می شود. در زنان باردار زمانی که به زایمان خود نزدیک می شوند دوز بالایی از استروژن و پروژسترون با مهار پرولاکتین از ترشح شیر و شیر دهی جلوگیری می کنند (۳).

پس از خروج جفت سطح فیزیولوژیک استروژن و پروژسترون در بدن کاهش می یابد و پرولاکتین می تواند باعث ترشح شیر شود (۲).

در ۱ تا ۵ روز اول پس از تولد از سینه ی مادر ماده ای که کلستروم نام دارد ترشح می شود . کلستروم غلیظ، زرد و حاوی آنتی بادی و پروتئین و سایر ویتامین ها و مواد معدنی است و به علت دارا بودن مواد ایمنی بخش و ضد عفونی کننده، شیرخوار را از ابتلا به بسیاری از بیماری های عفونی مصون می دارد. در واقع تغذیه ی نوزاد با کلستروم تامین کننده ی سیستم ایمنی نوزاد بعد از تولد است. این ایمنی

بخشی در روزهای اول بعد از تولد بسیار بیشتر از روزها و هفته های بعد خواهد بود (۴، ۵).

این شیر به شدت تغلیظ شده برای نوزاد تازه متولد شده و در معرض آسیب یک مایع طلایی است که باعث تسهیل حرکات روده می شود (۳).

پس از کلاستروم از غدد شیری Transitional Milk ترشح می شود که حاوی سطح بالایی از چربی، لاکتوز و ویتامین های محلول در آب می باشد همچنین کالری بیشتری از کلاستروم دارد و باعث می شود نوزاد شروع به وزن گیری کند. ترشح این شیر برای دو هفته ادامه دارد. و نهایتاً Mature milk ترشح می شود که حاوی ۹۰٪ آب برای آب رسانی به نوزاد است و ۱۰٪ دیگر شامل کربوهیدرات، پروتئین و چربی برای رشد و انرژی مصرفی نوزاد است. (۶)

شیر مادر برای جذب شدن به ۲۰ دقیقه زمان احتیاج دارد در حالیکه شیر خشک برای جذب و هضم به ۴ ساعت زمان احتیاج دارد. بنابراین مادرانی که به فرزندشان شیر مادر می دهند می توانند هر وقت که کودک درخواست کرد او را تغذیه کنند در حالیکه مادرانی که شیر خشک استفاده می کنند باید برای جلوگیری از مشکلات جذب و گوارش از یک جدول زمان بندی استفاده کنند (۳).

وقتی در طی تغذیه با شیر مادر نوزاد نوک سینه ی مادر را می مکد اکسی توسین به داخل خون مادر ترشح می شود. این هورمون نه تنها باعث جریان شیر از غدد شیری می شود بلکه باعث می شود مادر با آرامش بیشتری نوزاد را تغذیه کند و به فرزند خود بیشتر توجه و رسیدگی کند که این موجب وابستگی بیشتر می شود همچنین اکسی توسین باعث جلوگیری از افسردگی پس از زایمان مادر می شود (۷)

توصیه های WHO در مورد تغذیه ی شیر خواران :

طبق پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت نوزاد باید در ۱ ساعت اول پس از تولد در آغوش مادر قرار بگیرد و با شیر مادر تغذیه شود.

برای ۶ ماهه اول تولد تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته باشد بدون هیچ نوع مکمل دیگری شامل : آب ، آب میوه ، شیر خشک و غذا .

بجز ORS ، قطره ها و شربت ها (ویتامین ها ، مواد معدنی و پزشکی) .

شروع غذای کمکی در ۶ ماهگی طوریکه محتوای مناسب داشته باشد و ارزش غذایی آن در حدی باشد که نیازهای مربوط به رشد سریع کودک را تامین کند و از نظر تنوع ، حجم و غلظت مناسب باشد.

تغذیه با شیر مادر همراه با غذای کمکی مناسب را حداقل تا ۲ سالگی ادامه بدهند. (۸)

البته تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در مواردی باید انجام گیرد که سطح تغذیه ای مادر در بارداری و شیر دهی مناسب باشد. سطح ریز مغذی ها در بچه ها مناسب باشد به خصوص در مناطقی که کمبود آهن ، روی و ویتامین A وجود دارد. مراقبت های سلامت روتین اولیه نشان دهنده ی علامت بالینی از کمبود ریز مغذی ها نباشد . همچنین WHO معتقد است برای افزایش مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر باید سطح فرهنگی جامعه بالا برده شود و حمایت مناسبی از تغذیه ی مادر به عمل آید. (۹)

مزایای شیر مادر برای کودک :

تغذیه با شیر مادر بعنوان بهترین مدل تغذیه ی شیر خوار ترویج می شود(۱۰).

شیر مادر به خوبی مواد تغذیه ای مورد نیاز شیر خوار را تامین می کند و حاوی مواد زنده

و ایمنوگلوبولین و مواد ضد التهاب برای محافظت از بدن نوزاد در برابر بیماری ها می باشد(۱۱).

تغذیه با شیر مادر باعث کاهش ریسک :گاستروانتریت ، عفونتهای دستگاه تنفسی تحتانی ، دیابت ، سندرم

مرگ ناگهانی نوزاد، اوتیت مدیا و انتروکولیت نکروزان می شود(۱۲،۱۳).

علاوه بر این اعتقاد وسیعی وجود دارد که تغذیه با شیر مادر در برابر چاقی و اضافه وزن اثر محافظتی

دارد(۱۴،۱۳).

شیر مادر نه تنها بهترین تغذیه برای نوزاد است بلکه مزایای بیولوژیکال و سایکولوژیکال فراوانی برای

وی دارد.شیر مادر به طور خاص متناسب با شرایط متابولیک و گوارشی بدن نوزاد است و ریز مغذی

ها و درشت مغذی ها به مقدار لازم در آن فراهم است. مطالعات نشان داده استفاده ی طولانی مدت از

شیر مادر و تاخیر در شروع غذای کمکی باعث کاهش میزان علائم آلرژی در بچه های با سابقه

خانوادگی مثبت بیماری آتوپی می شود . همچنین میزان بیماری کرون در افرادی که تغذیه ی انحصاری

با شیر مادر داشته اند کمتر است .برتری تغذیه با شیر مادر در تکامل هوشی و روانی مشاهده شده

است(۱۵).

تغذیه با شیر مادر برای تکامل تغذیه ای ، ایمنی و شناختی شیر خوار مفید است .تغذیه با شیر مادر نه تنها به دلیل مزایای فردی بلکه به عنوان نشانه ای از رفتار سالم که به شرایط اجتماعی بستگی دارد مهم است(۱۶).

مطالعات نشان داده glycans موجود در شیر انسان حاوی الیگوساکاریدی است در فرم آزاد و کنژوگه ی خود که بخشی از مکانیسم ایمنوگلوبولینی طبیعی است که باعث محافظت شیر خوار در برابر بیماری اسهال می شود . علاوه بر این تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهه اول زندگی باعث کاهش تماس با مایعات و غذاهای آلوده می شود و از این طریق هم از بروز اسهال جلوگیری می کند(۱۷).

تحقیقات مختلفی دریافته اند که تغذیه با شیر مادر اثر محافظت کننده ای در برابر چاقی دوران کودکی فراهم می کند.(۱۸)

همچنین تغذیه ی زودرس با مواد غذایی جامد در سن کمتر از ۴ ماهگی و تغذیه با شیشه شیر باعث افزایش چاقی می شود . مواد bioactive که در شیر مادر هست برای رشد نوزاد مفید است همچنین کودکانی که از شیر مادر تغذیه می کنند توانایی بهتری برای کنترل غذاخوردنشان نسبت به کودکانی که از شیشه شیر استفاده می کنند دارند. علاوه بر این گذاشتن شیر خوار در بستر به همراه شیشه شیر و شیشه شیر خوردن طولانی با افزایش وزن و چاقی دوران کودکی ارتباط دارد که به صورت بارزی این الگوی تغذیه با سطح اجتماعی اقتصادی پایین مرتبط می باشد.همچنین وزن زیاد دوران شیر خوارگی و ابتدای کودکی با ریسک چاقی در آینده و ناتوانی زودرس ارتباط دارد(۱۹).

کودکانی که با شیر مادر تغذیه می شوند به طور قابل توجهی سطح بالاتری از عملکرد شناختی را نسبت به کودکانی که با شیر خشک تغذیه می شوند دارند و این تفاوت با افزایش سن هم ادامه دارد (۲۰).

کودکان شیر مادر خواردر مقایسه با کودکان شیر خشکی فشار خون سیستولیک و دیاستولیک پایین تری در دوره ی کودکی دارند و در دوره ی بزرگسالی هم لیپید پروفایل بهتری خواهند داشت (۱۰).

شیر مادر حاوی ویتامین فولات است که محلول در آب بوده و برای رشد و تکامل در اوایل زندگی ضروری است چون در ساخت پورین ها و تایمیدیلات درگیر است (۲۱).

علاوه بر مزایای فوق از مزایای روانی تغذیه با شیر مادر کمک به تشکیل پیوند امن بین نوزاد و مادر است. این پیوند امن به کودک اجازه می دهد که با احساس امنیت به کاوش جهان اطراف و مقابله با چالش ها بپردازد. همچنین تغذیه با شیر مادر اثر آرامش و خاصیت ضد درد در کودک دارد که با رها شدن پروتئین کوله سیستوکینین احساس درد کاهش می یابد و وقتی که چربی در شیر مادر جذب می شود احساس نگرانی کمتر می شود همچنین تماس پوستی با مادر حین شیردادن باعث افزایش سطح اکسی توسین و جلوگیری از استرس شیرخوار می شود. (۳).

شیر خشک باعث افزایش ریسک عفونتهای دوران کودکی مثل اسهال و عفونت حاد گوش میانی، عفونت شدید دستگاه تنفس تحتانی و افزایش ریسک بستری در بیمارستان در سال اول تولد می شود. مصرف شیر خشک با افزایش ریسک سندرم مرگ ناگهانی، necrotizing enterocolitis، لوسمی میلوئیدی حاد، لوسمی میلویتیک حاد، بیماریهای مزمن مثل: دیابت تیپ ۲، آسم و چاقی دوران کودکی همراه است (۱۲).

علاوه بر موارد فوق اگر کودک شیر خشکی است و آبی که برای مخلوط کردن با شیر خشک استفاده می شود آلوده با سرب یا سایر مواد سمی باشد به این معنی است که شیر خوار در ریسک بالایی از تماس با مواد آلوده و مسمومیت را قرار می گیرد (۳)

مزایای شیر دهی برای مادر:

ترشح اکسی توسین حین شیردادن موجب جمع شدن رحم پس از زایمان و محدود شدن خونریزی پس از زایمان می شود. همچنین شیردهی موجب کاهش وزن در مادر می شود (۳).

مطالعات نشان داده در مادرانی که به فرزندشان شیر می دهند و دوره ی شیر دهی طولانی تری دارند ریسک افسردگی پس از زایمان کمتر است (۱۱).

تغذیه با شیر مادر یک روش قوی برای جلوگیری از بارداری مجدد است (۲۲).

شیردهی باعث کاهش سرطان سینه و رحم در مادر می شود (۱۵، ۱۸).

میزان reminerathion در مادران شیر ده بیشتر است و بدین ترتیب شکستگی هیپ بعد از زایمان در مادران شیر ده کمتر است (۱۵).

اهمیت مکمل های غذایی :

سطح ریز مغذی ها در مادر و نوزاد پیامدهای سلامتی در دوره ی شیر خوارگی و بعدها در زندگی دارد ریز مغذی ها نقش عملکردی در در بدن ما دارند و برای تکامل ، رشد و عملکرد ایمنی نیاز اساسی هستند . شرایط نامساعد فاکتور های تغذیه ای قبل و پس از زایمان ممکن است باعث پایین بودن سطح ریز مغذی ها در شیرخوار و آسیب به وی گردد.(۲۳)

سطح ریز مغذی ها در ۶ ماهگی به فاکتورهای قبل و پس از زایمان مرتبط است . فاکتورهای قبل از زایمان شامل : سطح ریز مغذی مادر ، رشد حول و حوش زایمان ، میزان دریافت ریز مغذی ها و فاکتورهای پس از زایمان شامل : میزان مناسب و کافی بودن ریز مغذی های دریافتی از شیر مادر و غذای کمکی ، رشد دوره ی شیر خوارگی ، میزان و شدت عفونت های شیر خوار ، سطح اجتماعی و اقتصادی خانواده ، کیفیت غذای خانواده ، میزان تخصیص بودجه به غذای خانواده ، مراقبت سلامتی و سطح آموزش و تحصیلات پدر و مادری باشد(۲۴).

استفاده از مکمل غذایی می تواند دریافت روزانه ی ویتامین ها و مواد معدنی (ریز مغذی ها) را افزایش دهد علاوه بر آنچه که روزانه از مواد غذایی به تنهایی بدست می آید. بنابراین بدلیل مزایای سلامتی ، استفاده از مکمل غذایی در بعضی از گروههای جمعیتی شناخته شده در معرض خطر دریافت نا کافی مواد غذایی پیشنهاد می شود (۲۵).

اهمیت تغذیه بخصوص در تکامل نوزاد و پیامد سلامتی در دوره ی بزرگسالی به خوبی شناخته شده است . تغذیه ی ضعیف در بارداری نه تنها ممکن است به رشد جنین آسیب بزند بلکه تکامل نوزاد را هم تحت تاثیر قرار می دهد. (۲۶).

آنمی فقر آهن یک مشکل عمده ی تغذیه ای جهان است که کودکان و زنان باردار به شدت تحت تاثیر آن هستند (۲۷).

بدلیل رشد و تکامل سریع در دوره ی نوزادی و شیرخواری ، شیرخواران به طور خاص در معرض آنمی و کمبود ریز مغذی ها هستند . سطح ذخیره ی آهن در نوزاد تازه متولد شده به سطح آهن مادر در دوران بارداری بستگی دارد و این ذخیره باید بیشتر نیازهای کودک برای تکامل و رشد در ۶ ماهه ی اول زندگی را پوشش دهد . مناسب بودن سطح آهن بدن مادر باعث افزایش انتقال آهن به بدن جنین می شود و کمبود آهن در بدن مادر با کاهش میزان آهن جنینی همراه است . (۲۸) .

آنمی فقر آهن شایعترین علت کمبودهای تغذیه ای در سراسر دنیا است (۲۹).

آنمی تاثیر منفی در همه ی گروههای سنی دارد در بزرگسالان باعث خستگی و کمبود توان کاری می شود و در شیرخوارگی با تضعیف فعالیت مغزی و حرکتی که ممکن است برگشت پذیر نباشد همراه است. علل کمبود آهن در شیرخواران ۶ تا ۲۴ ماه چند عاملی است شامل : کمبود محتوا و bioavailability آهن در غذاهای کمکی ، کاهش جذب آهن بدلیل عفونتهای مزمن ، رشد سریع در دوره ی شیرخوارگی ، کلامپ زودتر از موعد بند ناف می باشد(۳۰).

کودکان با آنمی فقر آهن نسبت به کودکان با سطح کافی آهن نمره ی پایین تری از تکامل روانی حرکتی را نشان می دهند و مصرف مکمل آهن باعث ارتقاع تکامل ذهنی و سایکوموتور می شود. آنمی فقر آهن در بارداری نه تنها با ریسک بالایی از LBW و زایمان زودرس همراه است بلکه باعث کاهش ذخیره ی آهن در جنین و نوزاد می شود (۲۶).

کمبود روی در میان کودکان در بسیاری از کشورها یکی از مشکلات اساسی است. کمبود روی در کودکان باعث آسیب به عملکرد ایمنی ، رشد و تکامل می شود . (۲۴).

عنصر روی بعثت نقش حیاتی در ترکیبات ساختاری پروتئین ها و نیز کوفاکتور آنزیم های کاتالیکی مهمترین عنصر کمیاب مورد نیاز بدن است. عنصر روی با هورمون رشد پیوند می یابد و موجب پایداری و عملکرد مطلوب این هورمون در بدن می شود (۳۱).

تخمین زده می شود یک سوم کودکان در دوره ی قبل از مدرسه و ۱۵٪ زنان باردار در سراسر دنیا دچار کمبود Vit A هستند . ویتامین A برای عملکرد سیستم ایمنی ضروری است و کمبودش باعث افزایش موربیدیتی در بچه ها می شود .. سطح ویتامین A در ۶ ماهگی به مقدار زیادی به میزان دریافت این ویتامین از زمان تولد به بعد بستگی دارد زیرا نوزادان تازه متولد شده ذخیره ی ویتامین A قابل توجهی ندارد به همین دلیل کلاستر مهم است زیرا حاوی مقدار زیادی ویتامین A است. ویتامین A شیر مادر به سطح ویتامین A بدن مادر بستگی دارد (۲۴).

سطح مناسب آهن در مادر در دوران بارداری در تکامل جنین اهمیت دارد همچنین ویتامین A به همراه

آهن در تکامل مغز نقش دارد (۲۶).

فولات یک ویتامین محلول در آب است که برای رشد و تکامل در اوایل زندگی ضروری است (۲۱). کمبود فولات ممکن است روی سیستم ایمنی تاثیر بگذارد و باعث افزایش ریسک موربیدیتی عفونتهای حاد تنفسی تحتانی شود. کمبود فولات معمولا در کودکان شیر مادر خوار دیده نمی شوند و میزان فولات در شیر مادر به سطح فولات بدن مادر بستگی ندارد (۲۴).

نقش کمبود فولات در شیوع نقایص لوله ی عصبی به خوبی شناخته شده است. در بارداری کمبود فولات و ویتامین های B2, B6, B12 باعث افزایش سطح هموسیستئین می شود و ریسک فاکتوری برای LBW و زایمان زودرس می باشد. که LBW با هوش پایین کودک مرتبط می باشد (۳۲)

کمبود ویتامین B12 تاثیر اساسی در تکامل عصبی دارد. سطح ویتامین B12 نوزاد مرتبط با سطح ویتامین B12 مادر است و اگر مادر کمبود نداشته باشد ذخیره ی ویتامین B12 کودک در بدو تولد برای یک سال او کافی است. در مناطقی که در بین مادران کمبود ویتامین B12 وجود دارد کودکان هم در معرض کمبود این ویتامین هستند (۲۴). ویتامین B12 در ساخت گلوبول قرمز، DNA و متابولیسم اسید چرب برای ساختن میلین نقش دارد (۳۲)

ویتامین D از سنتز پوست زیر نور خورشید، مکمل غذایی و غذاها بدست می آید (۳۳).

ویتامین D نه تنها در ساخت و تکامل استخوان و عملکرد ماهیچه موثر است بلکه در عملکرد سیستم ایمنی و نظم تکامل و تکثیر سلولی نقش دارد (۳۴)

شیر خواران به طور خاص در معرض کمبود ویتامین D هستند خصوصا اگر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته باشند زیرا شیر مادر به تنهایی قادر به تامین ویتامین D مورد نیاز بدن کودک نیست . میزان ذخیره ویتامین D در بدن نوزاد تازه متولد شده کاملا به میزان ذخیره ویتامین D بدن مادر بستگی دارد و اگر مادر دچار کمبود ویتامین D باشد نوزاد هم دچار این کمبود می شود زیرا انتقال مادری جنینی این ویتامین کاهش می یابد . تماس ناکافی با نور خورشید و دریافت کم ویتامین D در رژیم غذایی در دوره ی بارداری و شیر دهی باعث کاهش میزان ویتامین D در شیر مادر و ذخیره ی بدن نوزاد می شود(۳۵)

کمبود ویتامین D در بارداری باعث وزن کم زمان تولد ، زایمان زودرس ، عفونت و پره اکلامپسی می شود(۳۲)

ما تغذیه ی انحصاری با شیر مادر را برای ماههای اول پس از تولد تشویق می کنیم و همچنین جهت جلوگیری از کمبود ویتامین D و ریکتز توصیه به مصرف مکمل ویتامین D توسط مادر و نوزاد از ماههای اول تولد می نمایم. (۳۵)

دریافت امگا ۳ در دوره ی شیر خوارگی برای تکامل عصبی مهم است همچنین برای رشد طبیعی شبکه اهمیت دارد. دریافت مادری امگا ۳ تعیین کننده ی اصلی میزان انتقال امگا ۳ به فرزندش می باشد(۳۶)

مصرف امگا ۳ توسط مادر در دوران بارداری باعث کاهش ریسک دیابت در کودکش می شود(۳۷).

رشد سریع دوره ی نوزادی باعث نیاز بیشتر بدن به ریز مغذی ها در دوره ی ابتدایی زندگی می شود . شیر مادر به تنهایی می تواند نیازهای کودک را تا ۶ ماهگی تامین نماید . اگر مادر دچار سوء تغذیه

باشد ممکن است کودک دچار کمبودهایی در سطح ریز مغذی ها شود و مهم است که غذای کمکی حاوی ریز مغذی ها در ۶ ماهگی برای کودک فراهم شود. اگرچه در خانواده های با درآمد پایین معمولاً غذای کمکی به خوبی حاوی ریز مغذی ها نمی باشد (۳۸).

تغذیه با شیر مادر با دو مکانیسم باعث افزایش سطح آهن و روی می شود ۱- در بسیاری از موارد به صورت مستقیم میزان دریافت آهن و روی از شیر مادر بیشتر از سایر غذاهای کمکی است ۲- و به صورت غیر مستقیم تغذیه شیر مادر با جلوگیری از عفونتها، افزایش نیاز واز دست رفتن ریز مغذی ها باعث افزایش سطح آهن می شود. Bioavailability آهن و روی موجود در شیر مادر خیلی بیشتر از سایر غذاهاست. کودکانی که شیر مادر می خورند و دچار کمبود آهن هستند با up regulation میزان جذب آهن را افزایش می دهند (۲۴).

مداخله جهت ارتقاء سطح ریز مغذی ها شامل: مکمل غذایی در زنان باردار و شیر خوران و ارتقاء کیفیت برنامه ی غذایی مادران و کودکان می باشد (۳۹).

توصیه شده غذاهای کمکی که پس از ۶ ماهگی برای کودک تهیه می شود حاوی آهن به میزان کافی و bioavailable باشد. و مکمل آهن روزانه (12mg/day) از آهن المنتال برای همه ی کودکان ۶ تا ۲۴ ماهه در سراسر دنیا در جاهایی که شیوع آنمی در کودکان بیش از ۴۰٪ است تجویز شود (۳۰).

در بارداری بدلیل رشد بافتهای مادر و جنینی میزان نیاز به مواد غذایی اصلی افزایش می یابد. WHO مکمل غذایی اسید فولیک و آهن را به صورت روتین برای همه ی زنان باردار پیشنهاد می دهد چون

این گروه در معرض خطر آنمی هستند. آنمی در دوره ی بارداری با پیامد بد بارداری همراه است . از آنجا که در درآمد های پایین معمولاً کمبود چند ریز مغذی گزارش می شود جهت بهبود سطح ریز مغذی های مادر و پیامد بارداری مصرف همزمان ترکیبی از آهن ،اسید فولیک و مولتی ویتامین توصیه می شود. یکی از دلایل منطقی این بحث این است که احتمالاً کمبود یک ریز مغذی در جذب و در دسترس قرار گرفتن سایر ریز مغذی ها تاثیر می گذارد .برای مثال جذب آهن در حضور ویتامین A و ویتامین C افزایش می یابد(۲۴).

دستورالعمل کشوری وزارت بهداشت در مورد نحوه ی مصرف مکمل ها در دوره ی شیرخوارگی

قطره ی آهن و مولتی ویتامین یا AD در دوره ی شیرخوارگی

برای کلیه ی شیرخوارانی که با وزن طبیعی متولد می شوند (اعم از کودکانی که با شیر مادر و یا شیر مصنوعی تغذیه می شوند) دادن قطره ی آهن از پایان ۶ ماهگی و یا همزمان با شروع تغذیه ی تکمیلی تا پایان ۲۴ ماهگی به میزان روزانه حداکثر ۱۵ میلی گرم آهن المنتال معادل حداکثر ۱۵ قطره آهن در روز توصیه می شود . در صورتیکه بدلیل اختلال رشد کودک ، غذای تکمیلی بین ۴ تا ۶ ماهگی شروع شود ، قطره ی آهن همزمان با شروع غذای کمکی به میزان ۱۵ قطره در روز باید به شیرخوار داده شود.

تجویز روزانه قطره ی مولتی ویتامین یا AD از روز پانزدهم پس از تولد به میزان 1cc در روز انجام می شود . با توجه به اینکه قطره ی مولتی ویتامین یا AD با فرمول دریافت روزانه ۱۵۰۰ واحد ویتامین A و ۴۰۰ واحد ویتامین D و آهن المنتال با فرمول حداکثر ۱۵ میلی گرم در روز مطابق با دستورالعمل وزارت بهداشت در کشور تولید می گردد الزامی است کارکنان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی اکیدا از توصیه و مصرف هر گونه مکمل دارویی تجارتي که فرمولاسیون آنها با نسبت فوق الذکر مغایرت دارد خودداری نمایند.

اهداف و فرضیات (Objective & Hypothesis):

الف- هدف اصلی طرح (General Objective) :

تعیین تاثیر عوامل اجتماعی اقتصادی خانوار بر نوع شیر مصرفی و مکمل های کودکان زیر ۵ سال

ب –اهداف فرعی طرح (Specific Objectives):

- ۱-تعیین نوع تغذیه ی مصرفی به تفکیک سطح تحصیلات مادر
- ۲- تعیین طول مدت تغذیه با شیر مادر بر حسب تعداد فرزندان خانواده
- ۳- تعیین طول مدت تغذیه با شیر مادر بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده
- ۴-تعیین طول مدت تغذیه با شیر مادر بر حسب نوع زایمان مادر
- ۵- تعیین استفاده از شیر خشک بر حسب شغل پدر
- ۶- تعیین سن شروع غذای کمکی بر حسب شغل پدر
- ۷- تعیین تعداد فرزندان خانواده بر حسب شغل پدر
- ۸- تعیین مدت زمان استفاده از قطره ی مولتی ویتامین بر حسب شغل پدر

- ۹- تعیین زمان شروع قرص آهن بر حسب شغل پدر
- ۱۰- تعیین مدت زمان استفاده از قطره آهن بر حسب تعداد افراد خانواده
- ۱۱- تعیین مدت استفاده از شیر مادر بر حسب شغل مادر
- ۱۲- تعیین زمان گرفتن کودک از شیر مادر بر حسب شغل مادر
- ۱۳- تعیین تعداد فرزندان خانواده بر حسب شغل مادر
- ۱۴- تعیین زمان شروع قطره ی آهن بر حسب شغل مادر
- ۱۵- تعیین زمان شروع مولتی ویتامین بر حسب شغل مادر
- ۱۶- تعیین مدت زمان استفاده از شربت آهن بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده
- ۱۷- تعیین مدت زمان استفاده از مولتی ویتامین بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده
- ۱۸- تعیین طول مدت استفاده از شیر مادر بر حسب نوع زایمان مادر
- ۱۹- تعیین زمان شروع قطره ی آهن بر حسب نوع زایمان مادر
- ۲۰- تعیین زمان شروع مولتی ویتامین بر حسب نوع زایمان مادر
- ۲۱- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب تحصیلات پدر

۲۲- تعیین زمان شروع قطره ی آهن بر حسب تحصیلات مادر

۲۳- تعیین زمان شروع مولتی ویتامین بر حسب تحصیلات مادر

۲۴- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب شغل مادر

۲۵- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب شغل پدر

۲۶- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب بعد خانوار

۲۷- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب رتبه ی تولد

۲۸- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده

۲۹- تعیین نوع شیر مصرفی بر حسب نوع زایمان مادر

ج- اهداف کاربردی (Applied Objectives)

با توجه به نتایج حاصله توصیه و پیشنهادهای لازم در جهت بهبود سطح تغذیه و مکمل غذایی در کودکان زیر ۵ سال ، که حساس ترین گروه آماری و سرمایه ها و سازندگان آینده ی کشور هستند ، به برنامه ریزان و مسئولان بهداشتی استان خواهد شد.

د- فرضیه ها (Hypothesis) یا سوال های پژوهش:

- ۱- مادران با تحصیلات پایین تر از قطره ی آهن به مدت کافی استفاده نمی کنند.
- ۲- زمان تغذیه با شیر مادر در مادران شاغل کوتاه تر است.
- ۳- مادران با تحصیلات پایین تر از مولتی ویتامین به مدت کافی استفاده نمی کنند.
- ۴- در خانواده های با وضع اقتصادی ضعیف تر استفاده از قطره ی آهن کمتر است .
- ۵- قطره ی آهن در کودکانی که رتبه ی تولد کمتری دارند ، زودتر شروع می شود.
- ۶- قطره ی آهن در کودکانی که حاصل زایمان سزارین هستند ، زودتر آغاز می شود.
- ۷- مولتی ویتامین در کودکانی که رتبه ی تولد کمتری دارند زودتر شروع می شود .
- ۸- مولتی ویتامین در کودکانی که حاصل زایمان سزارین هستند زودتر آغاز می شود .
- ۹- مادران با تحصیلات بالاتر از شیر خودشان برای تغذیه ی کودک به مدت کافی استفاده می کنند.

فصل دوم:

مروری بر متون

بررسی مقالات علمی انجام شده:

در مطالعه ی Laura L Oakley و همکاران که در سال ۲۰۱۰-۲۰۱۱ بر روی 151 PCTs (primary care trust) در انگلستان برای تعیین ارتباط فاکتور های sociodemographic و میزان تغذیه با شیر مادر انجام گرفت میزان شیر دهی بلافاصله پس از تولد ۷۲% بود. متوسط شیردهی در ۶ تا ۸ هفته ۴۵% و میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۶ تا ۸ هفته ۳۲% بود. در این مطالعه سن مادری به شدت با تغذیه با شیر مادر ارتباط داشت و با هر واحد افزایش سن مادر شانس تغذیه با شیر مادر ۴ تا ۶% افزایش می یافت. میزان تغذیه با شیر مادر در نژاد سیاه ۱ تا ۳% بیشتر از نژاد سفید بود. در مناطق خیلی محروم میزان تغذیه با شیر مادر ۲۱ تا ۳۲% نسبت به مناطق کمتر محروم کاهش داشت. این مطالعه ارتباط قوی بین فاکتورهای sociodemographic و میزان تغذیه با شیر مادر در مناطق مختلف انگلستان نشان داد. (۱۲)

در مطالعه ی Maijaliisa Erkkola و همکاران که جهت بررسی میزان تغذیه با شیر مادر در بخش مادری و تغذیه ی کلی در ۲ سال اول زندگی و ارتباط آن با شاخص های demographic در ۵۹۹۳ شیر خوار فنلاندی انجام شد. ۹۹% مادران در بخش مادری شیر دهی ابتدایی داشتند که از این میان ۸۰% از مادران نوزاد خود را علاوه بر شیر مادر با شیر کمکی شامل شیر خشک یا donate تغذیه می کردند. در ۴ ماهگی ۷۲% و در ۶ ماهگی ۵۸% از مادران شیر خوار خود را هنوز با شیر مادر

تغذیه می کردند. میزان تغذیه با شیر مادر در پایان یک سالگی ۱۸٪ بود. میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۱ ماهگی ۵۶٪ و با کاهش سریع این میزان به ۳۲٪ در ۳ ماهگی و ۲۰٪ در ۴ ماهگی و ۱٪ در ۶ ماهگی رسید. میانگین میزان تغذیه ی انحصاری در ۶ ماهگی ۱/۴ ماه بود. بسته به شیوه ی زندگی، فاکتور های فرهنگی و دلایل بیولوژیکی، تغذیه با شیر مادر در سراسر دنیا در موارد کمی به سطح پیشنهادی دست یافته است. تفاوت سطح اجتماعی در رژیم غذایی و سلامت در تمام سنین و در شروع زندگی مشاهده می شود. ریسک فاکتورهای ترک شیردهی شامل: سیگار کشیدن، عدم فعالیت بدنی، چاقی و تغذیه ی ناسالم در گروه با سطح اجتماعی اقتصادی پایین طبقه بندی می شوند. در کشور های صنعتی بچه هایی که مادران با تحصیلات بالاتر و با سن بیشتر و مادرانی که سیگار نمی کشند دارند بیشتر به شیوه ی پیشنهادی WHO برای تغذیه ی شیرخوار عمل می کنند. در این مطالعه تغذیه با شیر در بخش مادری، سطح پایین تحصیلات والدین، سیگار کشیدن مادر در طی بارداری و سن کم بارداری با ریسک دوره ی کوتاه تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و کوتاهی دوره ی کلی شیر دهی همراه بود. (۴۰)

مطالعه ی Anne Lene Kristiansen و همکاران در سال ۲۰۰۶-۲۰۰۷ بر روی ۱۴۹۰ شیر خوار نروژی به صورت کوهورت آینده نگر جهت تعیین فاکتور های مرتبط با تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و طول مدت تغذیه با شیر مادر انجام گرفت. ۹۲٪ از نوزادان در یک هفته ی اول تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. ۸۴٪ در یک ماهگی، ۶۵٪ در سه ماهگی، ۴۸٪ در چهار ماهگی و ۱۳٪ در پنج و نیم ماهگی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. تنها ۱/۵٪ از کودکان این مطالعه هرگز

شیر مادر نخورده بودند. هم چنین میزان تغذیه با شیر مادر به طور آهسته از ۹۶٪ در یک ماهگی به ۸۲٪ در شش ماهگی و ۴۶٪ در دوازده ماهگی کاهش یافت. که از این میان برای قطع زودرس شیر دهی سه دلیل عمده ذکر شده بود شامل: نا کافی بودن شیر مادر، عدم شیر خوردن شیر خوار و مشکل مکیدن شیر. در این مطالعه سن مادر، سیگار کشیدن مادر، سطح تحصیلات پدر، وضعیت ازدواج، ناحیه ی جغرافیایی محل سکونت و سطح تحصیلات مادر به عنوان مهم ترین فاکتور به طور بارزی با مدت شیردهی و تغذیه ی انحصاری با شیر مادر ارتباط داشت. (۱)

مطالعه ی Hunsberger و همکاران به صورت کوهورت مقطعی در ۸ کشور اروپایی برای بررسی نحوه ی تغذیه ی شیر خواران و میزان چاقی انجام شد. ۱۸/۶٪ هرگز تغذیه انحصاری با شیر مادر نداشتند که بیشترین میزان برای کشور بلژیک (۴۶/۱٪) و کمترین میزان برای کشور استونی (۹/۹٪) بود. میانگین مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر ۳/۲ ماه بود که بیشترین مقدار میانگین تغذیه ی انحصاری با شیر مادر برای ویز ۳/۹ ماه و کمترین آن برای کشور بلژیک با ۱/۷ ماه بود. نتایج این مطالعه نشان داد تغذیه ی انحصاری برای ۴ تا ۶ ماه اثر محافظتی در برابر چاقی دوران کودکی دارد. (۱۴)

در مطالعه ی Lucy J Griffiths و همکاران که بر روی شیرخواران کشور های UK در سالهای ۲۰۰۰-۲۰۰۲ انجام شد. ۷۰٪ از مادران شروع به شیر دهی کردند که ۶۲٪ از آنها قبل از ۴ ماهگی شیردهی را قطع کردند. میانگین قطع شیر دهی در اسکاتلند ۱۴ هفته، در انگلستان ۱۳ هفته

در ولز ۱۰ هفته و در ایرلند شمالی ۶ هفته بود. ۳۶٪ از مادران قبل از ۴ ماهگی به کودک خود غذای کمکی داده اند. مادران سفید پوست ۶۲٪ بیشتر از مادران با سایر نژادها علاقه به قطع شیردهی و ۳۷٪ بیشتر از سایرین تمایل به شروع زودرس غذای کمکی داشتند. مادران تحصیل کرده خیلی کمتر به قطع شیردهی قبل از ۴ ماهگی تمایل داشتند. هم چنین سطح اجتماعی اقتصادی با ادامه ی شیردهی در میان مادران سفید پوست و زمان شروع غذای کمکی در میان سایر مادران ارتباط داشت. (۴۱)

در مطالعه ی Bengamin G Gibbs و همکاران که جهت بررسی ارتباط بین نوع تغذیه ی شیر خواران و چاقی دوران کودکی انجام شد از اطلاعات حاصل از Early Childhood Longitudinal Study از کودکان امریکایی که در سال ۲۰۰۱ متولد شده اند استفاده شده است و نتایج بدین شرح بود کودکانی که غالباً شیرمادرخوار هستند در بالاترین سطح اجتماعی اقتصادی قرار دارند و از شیوه ی تغذیه ی سالم استفاده می کنند. درحالیکه کودکانی که غالباً شیر خشک می خورند در پایین ترین سطح اجتماعی اقتصادی قرار دارند و از الگوی تغذیه ای ضعیف و کم ارزش استفاده می کنند و کودکانی که هم شیر مادر و هم شیر خشک می خورند بین این دو گروه قرار دارند. مادرانی که در پایین ترین سطح اجتماعی و اقتصادی قرار دارند بیشترین درصد استفاده از شیر خشک و قرار دادن شیر خوار در بستر به همراه بطری و شروع غذای کمکی قبل از ۴ ماهگی را نسبت به مادران با سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر دارند. الگوی تغذیه ی نا سالم شیرخوار باعث افزایش چاقی دوران کودکی می شود و به شدت با سطح اجتماعی و اقتصادی ارتباط دارد کودکانی که غالباً شیر خشک می خورند ۲.۵ برابر بیشتر از کودکانی که غالباً شیر مادر می خورند در ۲۴ ماهگی چاق می شوند. کودکانی که هم شیر مادر و هم شیر خشک

می خورند هم ۱/۸ برابر بیشتر از کودکانی که فقط شیر مادر می خورند در ۲۴ ماهگی چاق می شوند. شروع زودرس غذای کمکی ۴۰٪ و قراردادن شیرخوار در بستر همراه بطری ۳۰٪ باعث افزایش ریسک چاقی دوران کودکی می شود. هم چنین در مجموع ۳۱/۱٪ از کودکان غالباً شیر خشک می خوردند که ۴۷/۷٪ از بین سطح اجتماعی اقتصادی پایین و ۲۷/۲٪ از میان سطح اجتماعی اقتصادی متوسط و بالا بودند. میزان کلی شروع غذای کمکی قبل از ۴ ماهگی ۲۰/۸٪ بود که از این میان ۲۳/۴٪ از سطح اجتماعی اقتصادی پایین و ۲۰/۲٪ از میان سطوح اجتماعی اقتصادی بالا بود. (۱۹)

در مطالعه ی Upul Senarath و همکاران که به صورت مقطعی و در سال ۲۰۰۳ بر روی شیر خوران کمتر از ۶ ماه انجام گرفت ۹۶٪ شیر مادر می خوردند. میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در سن کمتر از ۶ ماه ۲۹/۹٪ بود. ۴۸٪ از این کودکان تغذیه با شیر مادر در ۱ ساعت پس از تولد داشتند ۹/۴٪ هم با شیشه شیر تغذیه شده بودند. شیرخواران از نواحی روستایی شرقی بیشترین میزان شیر خوردن ابتدایی (۷۶/۲٪) را داشتند و بیشترین میزان شیر خشک (۸۱/۲٪) و بیشترین میزان غذای جامد کمکی (۶۱/۴٪) را داشتند. مادران پولدار کمترین مقدار تغذیه با شیر مادر رانسبت به مادران با وضعیت مالی متوسط و ضعیف داشتند. (۴۲)

مطالعه ی Anette – G Ziegler و همکاران در سال ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۳ در آلمان جهت بررسی شروع زودرس غذای کمکی در شیرخواران و افزایش ریسک دیابت تیپ ۱ انجام گرفت نتایج به این صورت بود که شروع زودرس غذای کمکی قبل از ۳ ماهگی به طور بارزی ریسک تکامل اتوانتی بادی ها را

افزایش می دهد. فراهم کردن ظرفیت برای انجام راهنمای تغذیه در شیر خواران یک راه مناسب برای کاهش ریسک تکامل اتوآنتی بادی های دیابت ملیتوس تیپ ۱ است. (۴۳)

در مطالعه ی مقطعی Alice Lakati و همکاران که در سال ۲۰۰۲ در کنیا جهت بررسی تاثیر بازگشت به کار مادران بر روی شیر دهی انجام گرفت میزان شیردهی ابتدایی ۹۴/۱ % بود که در ۶ ماهگی این میزان ۹۲/۲ % بود که ۹۸/۴ % از میان سطح اجتماعی اقتصادی پایین و ۸۷/۱ % از بین سطوح اجتماعی اقتصادی بالا بود . متوسط ساعاتی که مادران در خارج از خانه کار می کردند ۴۶/۲ ساعت در هفته بود که مادران با سطح اجتماعی اقتصادی بالا ساعات کار بیشتری (۴۸/۳) و مادران با سطح اجتماعی اقتصادی پایین ساعات کار کمتری (۴۳/۳) داشتند .مادران با سطح اجتماعی اقتصادی پایین به طور متوسط ۵/۰۹ بار در روز و مادران با سطح اجتماعی اقتصادی بالا به طور متوسط ۳ بار در روز به فرزندانشان شیر می دادند.در کشورهای غربی بازگشت به کار معمولا به عنوان قطع زودرس شیردهی عنوان می شود. تغذیه ی اصلی کودک وقتی مادر سر کار است در خانواده های با سطح اجتماعی اقتصادی بالا در ۴۳/۱ % شیر گاو ، ۷/۵ % شیر مادر ، شیر خشک ۹/۶ % ، فرنی ۲۵/۵ % و سایر غذاها ۱۴/۲ % بود.و در خانواده های با سطح اجتماعی اقتصادی پایین شامل ۱۸/۷ % با شیر گاو ، ۰/۵ % شیر خشک ، ۴۴/۶ % فرنی ، ۱۰/۹ % شیر مادر و ۲۴/۹ % سایر غذاها بود. (۴۴)

مطالعه ی Rane Flacking و همکاران به صورت کوهورت آینده نگر و در سالهای ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۱ در سوئد در مورد تاثیر فاکتورهای اجتماعی اقتصادی بر مدت شیر دهی انجام گرفت . گرایش به شیر مادر نه تنها به دلیل مزایای فردی بلکه یک نشانگر رفتار سالم وابسته به شرایط جامعه می باشد. در این مطالعه همه ی فاکتورهای اجتماعی اقتصادی شامل : سطح تحصیلات مادر، عدم استخدام مادر ، رفاه اجتماعی و درآمد مصرفی به شدت با میزان شیردهی ارتباط داشت. در این مطالعه مادران نوزادان پره ترم دوره ی شیر دهی کوتاهتری نسبت به مادران نوزادان فول ترم داشتند. (۱۶)

در مطالعه ی Hawkins و همکاران که به صورت کوهورت بر روی شیرخواران ۹ ماهه در سالهای ۲۰۰۰-۲۰۰۲ در انگلستان در مورد تاثیر شاغل بودن مادر بر روی مدت تغذیه با شیر مادر انجام گرفت مادرانی که شغل پاره وقت داشتند یا خودشان کار فرما بودند بیشتر از مادرانی که شغل تمام وقت داشتند تمایل به شیردهی حداقل برای ۴ ماه داشتند. مادرانی که پس از زایمان دیرتر سر کار برگشتند بیشتر تمایل به شیردهی حداقل برای ۴ ماه بودند . مادرانی که بدلیل مسائل مالی مجبور به بازگشت به سر کار بودند یا برای مراقبت روزانه از فرزندشان از پرستار استفاده می کردند کمتر تمایل به شیردهی حداقل برای ۴ ماه بودند. هم چنین مطالعات در آمریکا نشان داده که مادران شاغل نسبت به مادران خانه دار مدت کوتاهتری کودک خود را با شیر مادر تغذیه می کنند. (۴۵)

مطالعه ی Martina Kohlhuber و همکاران به صورت کوهورت آینده نگر در سال ۲۰۰۵ در مورد میزان و طول مدت شیردهی در آلمان انجام گرفت . طول مدت و عامل تعیین کننده ی تغذیه با شیر مادر

مثل سطح اجتماعی اقتصادی خانواده ، نگرش به شیر دهی ، نوع تولد ، مشکلات شیر دهی با پرسشگری در ۲ تا ۶ روزگی پس از تولد و در ۲، ۴، ۶ و ۹ ماهگی انجام گرفته است. میزان شیردهی ابتدایی ۹۰٪ بود. در ۲ ماهگی میزان تغذیه با شیر مادر ۷۰٪ بود. بعد از ۴ ماه ۶۱٪ هنوز شیر می دادند و پس از ۶ ماه ۵۲٪ کودکان را با شیر مادر تغذیه می کردند. در آنالیز چند متغیری مهم ترین فاکتوری که شیردهی را کاهش می داد نگرش منفی همسر به شیردهی بود. عدم شیردهی ابتدایی با سطح پایین تحصیلات ، نگرش منفی مادر بزرگ نسبت به شیردهی و زایمان پره ترم مرتبط بود. مدت شیردهی کمتر از ۴ ماه به طور قوی با مشکلات شیردهی ، سیگار کشیدن ، تحصیلات پایین ، نگرش منفی همسر و نوع زایمان سزارین مرتبط بود. (۴)

مطالعه ی Tarah T Colaizy و همکاران در سال ۲۰۰۳-۲۰۰۰ با استفاده از اطلاعات مرکز کنترل بیماری ها و PRAMS (prevention 's Pregnancy Risk Assessment Monitoring) بر روی ۱۶۸۳۹ نمونه در سه منطقه ی اوهایو ، میشیگان و آرکانساز در آمریکا انجام شده است. این مطالعه به بررسی تاثیر داشتن قصد شیردهی در بازدهی شیردهی در زنان انجام شده است. و نتایج نشان داد داشتن تصمیم به شیردهی قویترین عامل پیش گویی کننده ی شروع تغذیه با شیر مادر است. زنانی که قصد قطعی برای شیردهی دارند ۲۶/۶ بار بیشتر نسبت به زنانی که قصد آزمایشی برای شیردهی داشتند تمایل به شروع تغذیه با شیر مادر داشتند. در این مطالعه میزان شروع تغذیه با شیر مادر ۶۵/۲٪ بود میزان شیردهی حداقل برای ۴ هفته ۵۲٪ و میزان شیردهی حداقل برای ۱۰ هفته ۳۰/۸٪ بود (۴۶).

در مطالعه ی Katherine E. Heck و همکاران که در سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱ بر روی ۱۵۵۱۹ خانم در کالیفرنیا جهت بررسی سطح اجتماعی اقتصادی و شروع تغذیه با شیر مادر صورت گرفت نشان داد که مادران با درآمد بالاتر خانواده ، آنها که خودشان یا همسرشان سطح تحصیلات بالاتری داشتند و خانم هایی که خودشان یا همسرشان شغل تخصصی یا مدیریتی داشتند نسبت به گروه مخالفشان بسیار بیشتر تمایل به شیردهی داشتند. در کل ۸۷/۸ % از مادران حداقل برای یک بار فرزندشان را شیر مادر داده بودند. زنان با سطح تحصیلات پایین تر و درآمد کمتر ، سطح پایین تر تحصیلات همسر، زایمان سزارین ، نوزاد LBW و در پاریتی بالاتر تمایل بیشتری به عدم شیردهی داشتند هم چنین زنان جوان تر و آنها که ازدواج نکرده بودند تمایل بیشتری به عدم شیردهی داشتند. (۴۷)

در مطالعه ی Lisa H Amir و همکاران که از اطلاعات (national health Surveys) NHSs در استرالیا در سال ۱۹۹۵، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ جهت بررسی تاثیر سطح اجتماعی اقتصادی و میزان شروع و ادامه ی تغذیه با شیر مادر انجام گرفته است نتایج بدین صورت بود در سال ۱۹۹۵ میزان شروع تغذیه با شیر مادر ۸۶% بود. میزان شیردهی در ۳ ماهگی ۶۳/۱ % ، در ۶ ماهگی ۴۶/۶ % و در ۹ ماهگی ۲۱/۳ % بود . در سال ۲۰۰۱ میزان شروع تغذیه با شیر مادر ۸۷/۴ % بود میزان شیردهی در ۳ ماهگی ۶۴/۳ % در ۶ ماهگی ۴۸/۹ % و در ۹ ماهگی ۲۴/۸ % بود. در سال های ۲۰۰۵-۲۰۰۴ شروع تغذیه با شیر مادر ۸۷/۸ % بود میزان تغذیه با شیر مادر در ۳ ماهگی ۶۴/۴ % ، در ۶ ماهگی ۵۰/۴ % و در ۱۲ ماهگی ۲۳/۳ % بود. این مطالعه نشان داد اگرچه میزان کلی شیردهی در

فاصله ی سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۵ تغییر چندانی نکرده است ولی کودکان گروههای با سطح اجتماعی اقتصادی بالا نسبت به سالهای قبل بیشتر تحت تغذیه با شیر مادر قرار گرفته اند. زنان از خانواده های با درآمد پایین کمتر تمایل به شیردهی دارند که دلیل آن شامل این موارد می باشد : حمایت کم خانواده برای شیردهی ، توانایی کمتر جهت جست و جو و کمک به مشکلات شیردهی ، انعطاف پذیری کمتر شرایط کاری و نگرانی در مورد شیردهی در جمع . (۴۸)

مطالعه ی Roslyn C.Tarrant و همکاران که به صورت مقطعی آینده نگر بر روی ۵۶۱ نفر در ایرلند و جهت تعیین الگوی تغذیه با شیر مادر انجام شد میزان شروع تغذیه با شیر مادر ۴۷٪ بود و میزان شیردهی تا ۶ هفتگی ۲۴٪ بود. آمارهای ملی نشان می دهد میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۴ هنوز پایین است. ۱۰/۵٪ افزایش در میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر از سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۴ نشان می دهد میزان افزایش شیردهی به آرامی و تقریباً سالی ۱٪ می باشد. اگرچه با میزان هدف شیردهی ۵۰٪ در سال ۲۰۰۰ فاصله زیادی باقی است . همچنین در مطالعه ی سال ۱۹۹۶ در مناطق مختلف ایرلند در مناطق با سطح اجتماعی اقتصادی نا مناسب میزان شروع شیردهی ۱۶٪ بود در حالیکه در مناطق با شرایط اجتماعی اقتصادی بالاتر گزارش شده همه ی مادران شیردهی داشته اند. همچنین مطالعات منطقه ای و ملی در ایرلند ثابت کرده است که مادرانی که شروع تغذیه با شیر مادر داشته اند بیشتر از سطح اجتماعی اقتصادی بالا ، تحصیلکرده ، ازدواج کرده ، با سن بالاتر و غیر سیگاری بوده اند. (۱۰)

مطالعه ی Sophie A Ochola و همکاران در کنیا و به صورت تصادفی کنترلی بر روی ۲۶۵ خانم انجام شده است . نمونه ها در ۳ گروه جهت بررسی تاثیر مشاوره بر میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر گروه بندی شدند. گروه (HBICG) گروه تحت مشاوره ی ویژه که میزان تغذیه ی انحصاری با شیرمادر در ۶ ماهگی در این گروه ۲۳/۶ % بود . گروه (FBSICG) که تحت مشاوره ی نیمه فشرده قرار داشت و میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهگی در این گروه ۹/۲ % بود و گروه کنترل که میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۶ ماهگی در این گروه ۵/۶ % بود. در مادرانی که تحت مشاوره ی ویژه قرار داشتند میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر ۴ برابر بیشتر از گروه کنترل بود و بین گروه کنترل و گروهی که تحت مشاوره ی نیمه فشرده قرار داشتند تفاوت چندانی نبود. (۴۹)

در مطالعه ی محمدرضا وفا و همکاران که در سال ۲۰۰۸ در ایران در تهران به صورت مقطعی بر روی ۵۱۱ کودک انجام شده است میزان تغذیه با شیر مادر ۷۵/۷ % ، میزان تغذیه با شیر خشک ۳/۹ % و میزان مصرف همزمان شیر مادر و شیر خشک ۲۰/۴ % بود. میزان استفاده از شیر مادر به مقدار کمتر و مساوی ۶ ماه ۱۱/۸ % ، بیشتر از ۶ تا ۱۲ ماه ۸/۵ % ، بیشتر از ۱۲ تا ۱۸ ماه ۱۳/۲ % ، بیشتر از ۱۸ ماه ۶۶/۵ % بود. میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت کمتر و مساوی ۱ ماه ۱۸/۹ % ، بیشتر از ۱ تا ۴ ماه ۱۸/۳ % و بیشتر از ۴ ماه ۶۲/۸ % بود. مدت زمان مصرف شیر خشک کمتر و مساوی ۶ ماه ۷۹/۲ % و بیشتر از ۶ ماه ۲۰/۸ % بود . زمان شروع غذای کمکی ۴ ماه و کمتر ۱۰/۱ % ، بیشتر از ۴ تا ۶ ماه ۶۶ % و بیشتر از ۶ ماه ۲۳/۹ % بود . (۵۰)

مطالعه ی قنبر نژاد و همکاران به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱ بر روی ۸۰۰ شیرخوار ۶ تا ۱۲ ماهه که جهت انجام واکسیناسیون به مراکز و پایگاههای بهداشتی و درمانی شهر بندر عباس مراجعه کرده بودند ، انجام گرفت. هدف این مطالعه بررسی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و عوامل مرتبط با آن بود .که نتایج این مطالعه نشان داد میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی در این مطالعه ۵۵/۴ % بوده است .عوامل موثر در افزایش طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر شامل : شروع شیردهی در ۲ ساعت اول پس از زایمان ،خواستنه (بابرنامه ریزی بودن کودک) ، داشتن سابقه ی شیردهی نوزاد قبلی ، بالا بودن سطح تحصیلات مادر ،دختر بودن نوزاد ، زایمان در بیمارستان ، تک قلو بودن نوزاد ، عدم ابتلاء مادر به هر گونه بیماری خاص در دوران بارداری ، کافی بودن شیر مادر و عدم استفاده از پستانک بود .که از این میان شروع شیردهی در دو ساعت اول پس از زایمان موثرترین عامل بود. و سایر عواملی که مورد بررسی قرار گرفت شامل : وضعیت اشتغال مادر ، نوع زایمان مادر ، آموزش در مورد فواید شیر مادر ، بارداری در هنگام شیردهی ، سن جنین در هنگام تولد و وزن نوزاد در زمان تولد تأثیری در طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر نداشت .(۵۱)

مطالعه ی Mary Frances Picciano و همکاران در سالهای ۱۹۹۹-۲۰۰۲ به صورت مقطعی بر روی کودکان آمریکا و جهت بررسی میزان مصرف مکمل غذایی انجام شده است که نتایج آن بدین شرح بود : از مجموع ۱۰۴۰ کودک کمتر از ۱ سال ۹ / ۱۱ % از مکمل غذایی استفاده می کردند که ۰/۶ % مولتی ویتامین ، ۰/۱ % کلسیم ، ۲/۷ % آهن ، ۸/۸ % ویتامین A ، ۸/۸ % ویتامین C و

۸/۷٪ از ویتامین D استفاده می کردند. از مجموع ۱۶۳۸ کودک ۱ تا ۳ ساله ۳۸/۴٪ از مکمل استفاده کرده بودند که ۱۸/۳٪ مولتی ویتامین ، ۲۰/۱٪ کلسیم ، ۲۱/۱٪ آهن ، ۳۳٪ ویتامین A ، ۲۳/۷٪ ویتامین C و ۳۳٪ از ویتامین D استفاده کرده بودند . همچنین مصرف مکمل با درآمد بالای خانواده و محیط خالی از سیگار ارتباط داشته است. (۵۲)

مطالعه ی M Rasanen و همکاران بر روی ۳۵۷ کودک ۳ ماهه تا ۳ ساله ی فنلاندی در سال ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸ و جهت بررسی ارتباط میزان دریافت ویتامین D و فاکتورهای اجتماعی جمعیتی انجام گرفت. میزان مصرف ویتامین D در ۳ ماهگی ۹۱/۲٪ بود ، این میزان در ۶ ماهگی ۹۰/۶٪ بود ، در ۱۲ ماهگی ۸۰/۵٪ از مکمل ویتامین D استفاده می کردند. در ۲۴ ماهگی مصرف ویتامین D به ۴۱/۶٪ کاهش یافت و در ۳۶ ماهگی به ۲۶/۳٪ رسید. در ۳ و ۶ ماهگی سطح بالای تحصیلات مادر کمتر با دریافت میزان کافی ویتامین D همراه بود . در خانواده های با بیش از سه فرزند معمولاً میزان دریافت ویتامین D ناکافی است و همچنین میزان مصرف مکمل ویتامین D در ۶ ماهگی تا ۲ سالگی کمتر از خانواده های تک فرزندی است . میزان مصرف مکمل ویتامین D در ۱ و ۲ سالگی در بچه هایی که مادرانشان بیش از ۲۵ ساله است بیشتر از کودکانی است که مادرانشان کمتر از ۲۵ سال دارد. (۳۳)

در مطالعه ی معصومه سعیدی و همکاران که به صورت مقطعی توصیفی به بررسی میزان مصرف

مکمل غذایی شامل آهن و مولتی ویتامین بر روی ۳۰۰ کودک ۶ تا ۲۴ ماهه که به مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد مراجعه کرده بودند انجام گرفت ۸۰/۷ % از موارد مادرها از مکمل آهن و مولتی ویتامین به صورت منظم برای کودکان استفاده کرده بودند. ۱/۷ % مکمل مصرف نکرده بودند و ۱۷/۷ % هم به صورت گهگاه از مکمل برای کودکان استفاده کرده بودند. همچنین ارتباط قوی بین سطح تحصیلات مادر و استفاده از مکمل وجود داشت. در این مطالعه میزان تغذیه با شیر مادر ۷۷/۳ % ، میزان تغذیه با شیر خشک ۵/۳ % ، میزان مصرف هم زمان شیر مادر و شیر گاو ۱۱ % و میزان مصرف همزمان شیر مادر و شیر خشک ۶/۳ % بود. (۵۳)

در مطالعه ی Briefel و همکاران که بر روی کودکان آمریکایی انجام شده است میزان مصرف مکمل در سن ۴-۵ ماهگی ۸ % ، در سن ۶-۱۱ ماهگی ۱۹ % و در سن ۱۲-۲۴ ماهگی ۳۱ % بود. در ۹۷ % موارد نوع مکمل مصرفی مولتی ویتامین بوده است که شامل ویتامین A , C , B6 , B12 , D, E , B1,B2,B3 و آهن و فلوراید است. مصرف مکمل غذایی در نیمه ی شمالی آمریکا بیشتر است و میزان مصرف مکمل با افزایش تعداد فرزند کاهش می یابد (۵۴)

مطالعه ی فریور و همکاران به صورت گذشته نگر بر روی کودکان کمتر از ۲۴ ماهه در ۳۰ ناحیه ی شهری و روستایی در ایران در سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶ انجام شده است. موضوع این مطالعه بررسی میزان و طول مدت تغذیه با شیر مادر بوده است که بر اساس نتایج این مطالعه میزان تغذیه با شیر مادر در یک سالگی ۹۰ % و در دو سالگی ۵۷ % بوده است. همچنین میزان تغذیه ی انحصاری با شیر

مادر در مناطق روستایی در ۴ ماهگی ۵۶/۸ % و در ۶ ماهگی ۲۷/۷ % بوده است . میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در مناطق شهری در ۴ ماهگی ۵۶ % و در ۶ ماهگی ۲۷ % بوده است.(۵۵)

در مطالعه ی Marieke Vossenaar و همکاران که به صورت مقطعی گذشته نگر در گواته مالا بر روی ۱۵۰ مادر دارای فرزند ۶ تا ۲۳ ماهه انجام شد میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر برای ۵ ماه ۱۴ % و برای ۶ ماه تنها ۹ % بود. میزان تغذیه ی غالب با شیر مادر که شامل شیر مادر به همراه مایعات دیگر مثل آب و آب میوه می باشد برای ۵ ماه ۳۳ % و برای ۶ ماه ۲۳ % بوده است .(۸)

مطالعه ی آ. وفایی و همکاران به صورت مقطعی بر روی ۱۲۶۷ کودک ۷ تا ۱۲ ماهه در سال ۲۰۰۷ در مشهد جهت بررسی میزان و طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر انجام گرفت. از مجموع کودکان این مطالعه ۹۱/۷ % تحت شیردهی اولیه قرار گرفته بودند . ۵۶/۴ % تغذیه ی انحصاری با شیر مادر برای بیش از ۶ ماه داشته اند و ۹۱/۴ % هم تغذیه ی انحصاری با شیر مادر برای بیش از ۴ ماه داشته اند . (۵۶)

مطالعه ی آقابابایی و همکاران به صورت مقطعی بر روی ۱۲۰۰ مادر دارای کودک ۱ تا ۱۲ ماهه که به مراکز بهداشتی درمانی در مناطق شهری همدان در سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۸ مراجعه کرده اند جهت بررسی میزان شیردهی انجام شده است.از مجموع کودکان این مطالعه ۴۶/۳ % در یک ساعت اول تحت تغذیه با شیر مادر قرار گرفته اند. میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۱ ماهگی ۹۳ % و در ۶ ماهگی ۶۸ % بوده است . ۸۲/۹ % از مادران غذای کمکی را در ۶ ماهگی برای فرزندانشان

شروع کرده اند که از این میان بیشترین غذای کمکی ، غذای خانواده و شیر گاو بوده است . هم چنین ۸۷/۳۵ % از کودکان تحت تغذیه با شیر مادر قرار داشتند . ۹۳/۱ % از کودکان هم قطره ی مولتی ویتامین یا ویتامین A-D در ۶ ماهه اول زندگی دریافت کرده بودند. سطح تحصیلات مادر ، سن مادر ، تعداد فرزند ، جنس کودک و آموزش تغذیه با شیر مادر با طولانی بودن تغذیه با شیر مادر ارتباط داشته است . (۵۷)

مطالعه ی Singh و همکاران به صورت مقطعی بر روی ۳۳۱۲۱ کودک ۰ تا ۵ ساله ی آمریکایی در سال ۲۰۰۳ جهت بررسی تاثیر تفاوت نژادی و اجتماعی اقتصادی بر شروع و طول مدت تغذیه با شیر مادر انجام گرفت . ۷۲ % از مادران هر گونه تغذیه با شیر مادر را گزارش کردند . میزان شیردهی در ۱۲ گروه متفاوت نژادی و مهاجر و بومی متفاوت بود. میزان شیردهی ابتدایی بیشترین میزان را در آسیایی ها (۸۹ %) و اسپانیایی ها (۷۷ %) داشت در حالیکه این میزان در زنان سیاه (۵۱ %) و آمریکایی هندی (۶۰ %) کمترین میزان را داشت . میزان کلی تغذیه با شیر مادر در این مطالعه در ۳ ماهگی ۵۲ % و در ۶ ماهگی ۳۸ % و در ۱۲ ماهگی ۱۶ % بود. میزان شروع و ادامه ی تغذیه با شیرمادر به طور بارزی در میان کودکانی که با یکی از والدین خود زندگی می کردند ، ساکن در مناطق غیر کلان شهری بودند و کودکان تحت آسیب اجتماعی و اقتصادی هستند کمتر بود. همچنین میزان تغذیه با شیر مادر با افزایش سطح حمایت خانوادگی افزایش می یابد. (۵۸)

مطالعه ی Craig و همکاران به صورت کوهورت طولی آینده نگر بر روی ۲۱۰۰ شیرخوار در سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ در استرالیا (جنوب غربی سیدنی) انجام گرفت .هدف این مطالعه بررسی میزان آغاز شیردهی و طول مدت تغذیه با شیر مادر در شیرخواران بود . نتایج این مطالعه نشان داد میزان شروع شیردهی در بومیان آن منطقه ۶۴/۷ % و در افراد غیر بومی ۷۵/۲ % بود . عوامل موثر در افزایش طول مدت تغذیه با شیر مادر شامل : سن بالای مادر، تحصیلات بالا و توجه مادر به شیردهی بود و عوامل کاهنده ی طول مدت شیردهی شامل : سیگار کشیدن و بومی بودن مادر بود. میزان تغذیه با شیر مادر در این مطالعه به ۲۶/۳ % در ۲ ماهگی افت کرد(۵۹).

مطالعه ی گذشته نگر مقطعی توصیفی وقاری بر روی ۶۸۸۲ کودک دبستانی در سال ۲۰۱۰ در نواحی شهری و روستایی در شمال ایران جهت بررسی ارتباط وضعیت اجتماعی اقتصادی با میزان تغذیه با شیر مادر انجام شده است . ۵۷/۱ % از کودکان این مطالعه تحت تغذیه با شیر مادر در ۲ سال اول زندگی بوده اند که این میزان ۱۲/۵ % در ترکمنی ها بیشتر از غیر ترکمنی ها بوده اشت همچنین میزان تغذیه با شیر مادر در ۲ سال اول زندگی با بهبود سطح اقتصادی خانواده ارتباط داشته است . (۶۰)

مطالعه ی عبدی نیا به صورت مقطعی بر روی ۷۶۲ مادر که دارای کودک ۶ تا ۲۴ ماهه هستند و در سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳ به بیمارستان تبریز مراجعه کردند انجام گرفت .هدف این مطالعه بررسی میزان آگاهی و میزان استفاده از مکمل آهن و مولتی ویتامین بود. ۱۵/۰۹ % آگاهی مناسبی در مورد این مکمل ها داشتند . ۵۹/۸۴ % آگاهی نسبی داشتند و ۲۵/۰۶ % آگاهی اندکی درباره ی مصرف مکمل ها

داشتند. ۶۳٪ از مادران از قطره ی آهن به صورت منظم استفاده می کردند. ۲۱٪ نامنظم استفاده می کردند و ۱۶٪ از این مکمل استفاده نمی کردند که از علل عدم مصرف عدم تحمل این مکمل و ایجاد لک بر روی دندان کودکان بود. ۶۹/۹٪ از مادران از مولتی ویتامین برای فرزندشان به صورت منظم استفاده می کردند ۱۹/۹٪ نامنظم استفاده می کردند و ۱۰/۲٪ از این مکمل استفاده نمی کردند که از علل عدم مصرف این مکمل عدم تحمل دهانی شایع تر بود. میزان تغذیه با شیر مادر در کودکان کمتر از یک سال در این مطالعه ۸۰/۹۷٪ بود. ۱۱/۱۵٪ شیر خشک می خوردند. ۰/۹۱٪ شیر گاو می خوردند و ۶/۹۷٪ از موارد دو یا سه تا از موارد فوق را با هم می خوردند. (۶۱)

مطالعه ی کمالی و همکاران به صورت توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۳۰۰ مادر دارای کودک ۱۲ تا ۲۴ ماه در ۶ مرکز بهداشتی درمانی در تهران جهت بررسی میزان شیردهی مادران و عوامل موثر بر آن انجام گرفت. از مجموع مادران این مطالعه ۳۷/۷٪ در طی بارداری آموزش شیردهی دیده بودند. میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا ۴ ماه ۷۵/۷٪ و تا ۶ ماه ۲۷/۴٪ بود. میانگین طول مدت تغذیه با شیر مادر ۱۸/۳ ماه بود. ۹/۷٪ اصلاً به کودک خود شیر نداده بودند. میزان تغذیه با شیر مادر تا پایان ۱ سالگی ۴۱/۳٪ بود. زمان شروع غذای کمکی در ۶۳/۳٪ در ۶ ماهگی بود. دلایل قطع شیردهی به ترتیب شیوع شامل: کافی نبودن شیر مادر، عدم تمایل کودک، مشکل در شیردهی بعلت زخم یا retracted nipple، بازگشت به کار، تولد فرزند بعدی، دستور پزشک بود. مادرانی که امکان شیردهی در محل کار را داشتند نسبت به سایرین ۱ ماه بیشتر به کودک

خود شیر داده بودند. مادرانی که زایمان سزارین داشتند مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر طولانی تری داشتند در حالیکه در والدین با تحصیلات دانشگاهی طول دوره ی تغذیه ی انحصاری با شیر مادر کوتاه تر بود. (۶۲)

مطالعه ی Radhakrishnan و همکاران به صورت مقطعی بر روی ۲۹۱ کودک ۶ تا ۲۴ ماهه در سال ۲۰۱۱ در هند جهت بررسی میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر انجام شد. تنها ۳۴٪ برای ۶ ماه تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. ۶۰/۵٪ از مادران شیردهی ابتدایی در عرض نیم ساعت پس از زایمان داشتند. تحصیلات مادر ، شغل ، نوع زایمان ، تعداد فرزندان خانواده، و درآمد خانواده تاثیر مستقیمی بر میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. (۶۳)

فصل سوم:

مواد و روش کار

روش جمع آوری اطلاعات

نوع مطالعه ی انجام شده اپیدمیولوژیک توصیفی بوده و جمعیت مورد مطالعه کودکان ۱۲ تا ۶۰ ماهه ای هستند که در پاییز سال ۱۳۹۳ به مراکز و پایگاههای بهداشتی درمانی شهر قزوین مراجعه کرده اند.

بر اساس متغیرهای موجود ، پرسشنامه ها تهیه شده و برای تایید روایی (validity)، پرسشنامه ها به تایید دو تن از متخصصین تغذیه ی دانشگاه رسید . جهت پایایی آن (reliability) ، ۳۰ پرسشنامه با تایید استاد مشاور آمار طرح ، تکمیل و پس از ورود اطلاعات به کامپیوتر با تایید ایشان ارزیابی شد .

پرسشنامه ها شامل ۳۲ سوال پیرامون خصوصیات انتروپومتریک کودک و تحصیلات ، شغل و درآمد پدر و مادر و چگونگی و نوع مصرف شیر و زمان شروع و مدت استفاده از مکمل های غذایی در کودک می باشد .

پرسشنامه ها به صورت مصاحبه با مادران کودکان ۱۲ تا ۶۰ ماهه ای که به مراکز و پایگاههای بهداشتی و درمانی شهر قزوین مراجعه کرده اند تکمیل شده است .

پرسشنامه ها شامل متغیرهای جدول زیر بوده است.

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
سن کودک	*		*					ماه
جنس کودک	*				*		مذکر - مونث	

وزن کودک	*	*	*		وزن کودک در بدو تولد و وزن فعلی کودک	گرم
قد کودک	*	*	*		قد کودک در بدو تولد و قد فعلی کودک	سانتی متر
دور سر کودک	*	*	*		دور سر کودک در بدو تولد و دور سر فعلی کودک	سانتی متر
سن مادر	*	*	*			سال
سن پدر	*	*	*			سال
شغل مادر	*		*		۱-خانه دار ۲-بیکار ۳-بهداشتی درمانی ۴-فرهنگی، استاد	
شغل پدر	*		*		۵-آزاد، خدماتی ۶-نظامی ۷-بازنشسته	
تحصیلات مادر	*		*		۱-بیسواد و ابتدایی ۲-راهنمایی و متوسطه ۳-دیپلم و فوق دیپلم	
تحصیلات پدر	*		*		۴-لیسانس و بالاتر	
تعداد افراد خانواده	*		*			نفر
درآمد متوسط ماهانه خانواده	*	*	*		۱-بالای ۴ میلیون ۲-۲ تا ۴ میلیون ۳-۱ تا ۲ میلیون ۴-کمتر از ۱ میلیون	تومان
نوع زایمان مادر	*		*		۱-طبیعی ۲-سزارین	
کودک نا خواسته و یا با برنامه ریزی	*		*		۱-ناخواسته ۲-با برنامه ریزی	
مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر	*	*	*			ماه

چند ماهگی از شیر مادر گرفته شده است	*	*				ماه
مصرف شیر خشک به همراه شیر مادر	*	*				ماه
زمان شروع غذای کمکی	*	*			سن کودک در هنگام شروع غذای کمکی	ماه
اولین غذای کمکی	*	*		*	۱-فرنی ۲-حریره بادام ۳- شیربرنج ۴-سوپ ۵-میوه ۶- نان ۷-بیسکویت ۸-آب میوه ۹- غذای خانواده ۱۰-مواد دیگر ۹۹-هنوز شروع نکرده است	
رتبه ی تولد کودک	*				مرتبه ی تولد	
زمان شروع قطره ی آهن (کودک)	*	*			سن کودک در هنگام شروع قطره ی آهن	ماه
مدت زمان استفاده از آهن(کودک)	*	*			طول مدت استفاده از قطره آهن	ماه
مدت زمان استفاده از مولتی ویتامین (کودک)	*	*			طول مدت استفاده از مولتی ویتامین	ماه
سن شروع مولتی ویتامین(کودک)	*	*			سن کودک در زمان شروع مولتی ویتامین	ماه
مدت استفاده ی همزمان شیر خشک و غذای کمکی	*	*				ماه

جدول متغیرهای استفاده شده در این مطالعه

وزن و قد و دور سر کودک طبق روش استاندارد در مراکز بهداشتی و درمانی اندازه گیری شد.

وزن و قد توسط ترازوی Seca (با دقت ۰/۱ کیلوگرم وزن و ۰/۱ سانتیمتر قد) و اندازه ی دورسر با متر مخصوص پلاستیکی که کشسان نمی باشد با دقت ۰/۱ سانتیمتر اندازه گیری شد.

وزن و قد و دورسر بدو تولد هم از روی پرونده ی خانوار و کارت مراقبت بهداشت کودک تکمیل شد .

شرط ورود به مطالعه ، کودکان ۱۲ تا ۶۰ ماهه با وزن بدو تولد مساوی و بیشتر از ۲۵۰۰ گرم بود .

و کودکان دو قلو و چند قلو از مطالعه حذف شدند.

این مطالعه محدودیتی از نظر اخلاقی نداشت با این حال قبل از شروع مصاحبه هدف مورد مطالعه برای مادران توضیح داده شد و مصاحبه با مادرانی که تمایل به همکاری داشتند انجام گرفت.

در شهر قزوین ۱۰ مرکز بهداشت و ۱۱ پایگاه بهداشتی وجود دارد . نمونه گیری از کلیه ی مراکز و پایگاههای بهداشتی در سطح شهر قزوین انجام شد .

مادران مورد پرسشگری ، در مراکز و یا پایگاه بهداشتی درمانی ، دارای پرونده ی خانوار بوده و کودک ۱۲ تا ۶۰ ماهه داشتند.

تجزیه و تحلیل داده ها

اطلاعات جمع آوری شده ابتدا به صورت داده های خام وارد نرم افزار excel 2007 شد و سپس جهت انجام آنالیز آماری به نرم افزار SPSS 16 فرستاده شد.

اطلاعات جمع آوری شده توسط آزمون آماری کای دو و Anova و T test و ضریب همبستگی و رگرسیون ، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

از نرم افزار Excel جهت رسم جداول و نمودارها استفاده شده است.

فصل چهارم

نتایج و یافته ها

- نتایج و یافته ها

نمونه ی مورد مطالعه (کودکان ۱۲ تا ۶۰ ماهه ی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر قزوین) شامل ۹۰۵ کودک بود که پس از حذف موارد دو قلو و چند قلو و کودکان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم به ۸۹۱ کودک کاهش یافت و داده های مربوط به ۸۹۱ کودک مورد آنالیز قرار گرفت.

-خصوصیات کودک و والدین

کودکان ۱۲ تا ۶۰ ماهه ای که از میان ۸۹۱ کودک ۵۳/۹ درصد (۴۸۰ نفر) پسر بودند و ۴۶/۱ درصد (۴۱۱ نفر) دختر بودند.

محدوده وزن بدو تولد کودکان مطالعه ی ما ۲/۵ کیلوگرم تا ۴/۶ کیلوگرم بود. یافته های حاصل از این مطالعه نشان می دهد که ۲۷/۷ درصد کودکان وزن کمتر از ۳ کیلو گرم داشتند. ۷۰/۲ درصد وزن ۳ تا ۴ کیلو گرم و ۲/۱ درصد هم وزن بالای ۴ کیلوگرم داشتند. میانگین وزن بدو تولد هم ۳/۲۱ کیلو گرم می باشد.

قد کودکان مطالعه ی ما در بدو تولد ۷۳/۵ درصد کمتر و مساوی ۵۰ سانتیمتر و ۲۶/۵ درصد بیشتر از ۵۰ سانتیمتر بود. میانگین قد بدو تولد کودکان مطالعه ی ما ۴۹/۸۶ سانتیمتر بود.

دور سر بدو تولد کودکان مطالعه ی ما ۳۲/۵ درصد زیر ۳۵ سانتیمتر ، ۶۷/۵ درصد ۳۵ سانتیمتر و بالاتر بود و میانگین دورسر بدو تولد ۳۴/۸۳ سانتیمتر می باشد.

میانگین سنی مادران ۲۹/۱۸ سال بود که ۱۸/۷ % کمتر و مساوی ۲۵ سال بودند، ۶۸/۷ % ۲۶ تا ۳۵ ساله بودند و ۱۲/۶ % بیش از ۳۵ سال داشتند .

میانگین سنی پدران مطالعه ی ما ۳۳/۴ سال بود که ۷۱/۴ درصد کمتر و مساوی ۳۵ سال و ۲۸/۶ درصد بالای ۳۵ سال بودند.

شغل مادران :

از مجموع ۸۹۱ مادر ۷۹۶ نفر (۸۹/۳ درصد) خانه دار و ۹۵ نفر (۱۰/۷ درصد) شاغل بودند. و از بین شاغلان ۱/۷ درصد بهداشتی درمانی ، ۳/۴ درصد فرهنگی ، ۵/۳ درصد آزاد و خدماتی و ۰/۳ درصد نظامی بودند.

شغل پدر :

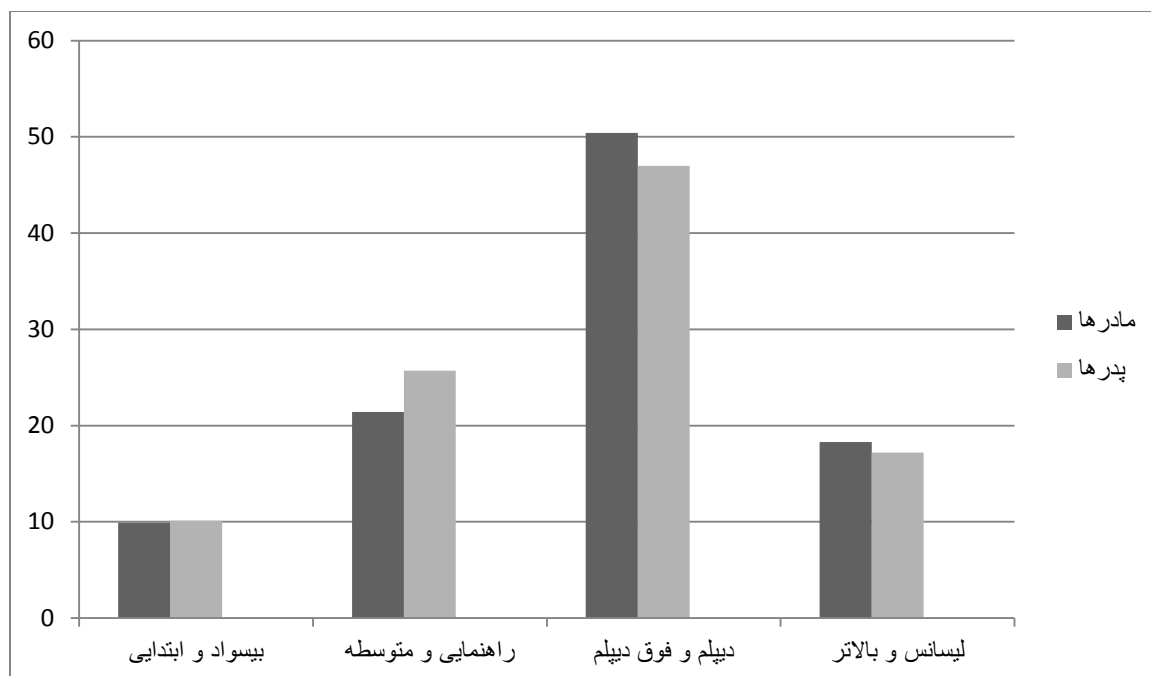
مجموع پدران مطالعه ی ما ۸ نفر (۰/۹ درصد) بیکار بودند. ۵ نفر (۰/۶ درصد) بهداشتی درمانی ، ۲۵ نفر (۲/۸ درصد) فرهنگی ، ۸۱۶ نفر (۹۱/۶ درصد) مشاغل آزاد ، کارگر ، تجاری ، خدماتی بودند. ۳۰ نفر (۳/۴ درصد) نظامی و ۶ نفر (۰/۷ درصد) بازنشسته بودند

تحصیلات مادرها :

۸۸ نفر (۹/۹ %) بیسواد و ابتدایی ، ۱۹۱ نفر (۲۱/۴ %) راهنمایی و متوسطه ، ۴۴۹ نفر (۵۰/۴ %) دیپلم و فوق دیپلم و ۱۶۳ نفر (۱۸/۳ %) لیسانس و بالاتر بودند.

تحصیلات پدر ها :

۹۰ نفر (۱۰/۱ %) بیسواد و ابتدایی ، ۲۲۹ نفر (۲۵/۷ %) راهنمایی و متوسطه ، ۴۱۹ نفر (۴۷ %) دیپلم و فوق دیپلم و ۱۵۳ نفر (۱۷/۲ %) لیسانس و بالاتر بودند.



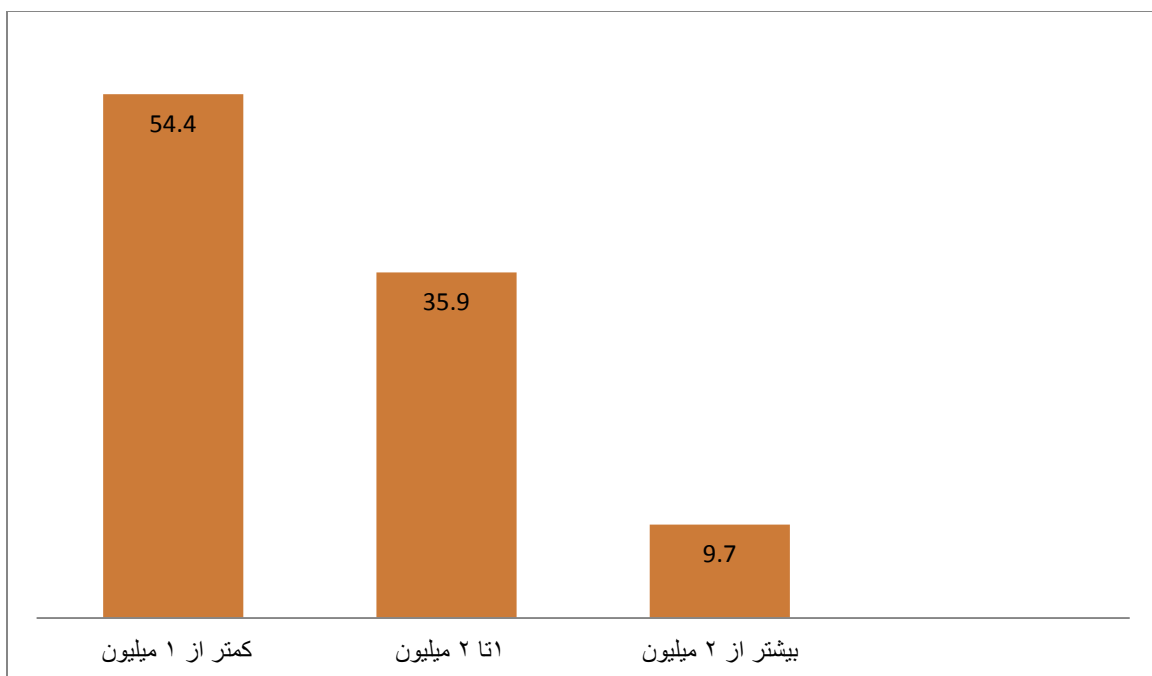
نمودار شماره ی ۱: توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب سطح تحصیلات پدر و مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳. رنگ تیره تحصیلات مادران و رنگ روشن تحصیلات پدران می باشد

تعداد افراد خانواده:

از ۲ تا ۸ نفر بود که خانواده های دو نفره بدلیل فوت یکی از والدین می باشد. ۵۳ درصد خانواده ها دارای یک فرزند بودند. ۳۸/۶ درصد دارای دو فرزند و ۸/۴ درصد دارای سه فرزند و بیشتر بودند و به طور میانگین تعداد افراد خانواده ها ۳/۵۷ نفر می باشد.

درآمد خانواده :

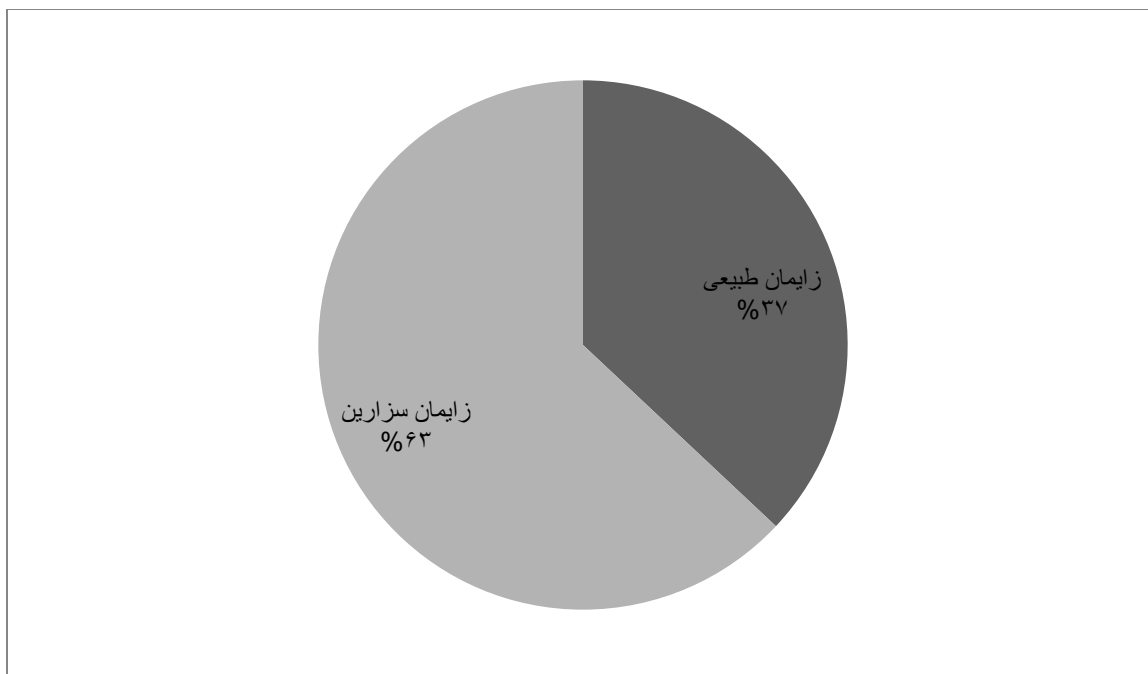
۴۸۵ خانواده (۵۴/۴٪) درآمد زیر ۱ میلیون ، ۳۲۰ خانواده (۳۵/۹٪) درآمد ۱ تا ۲ میلیون و ۸۶ خانواده (۹/۷٪) درآمد بالای ۲ میلیون داشتند.



نمودار شماره ی ۲ - توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب میزان درآمد خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

نوع زایمان :

از مجموع مادران مورد مطالعه ۳۳۰ نفر (۳۷٪) زایمان طبیعی و ۵۶۱ نفر (۶۳٪) زایمان سزارین داشتند. (نمودار شماره ی ۴)

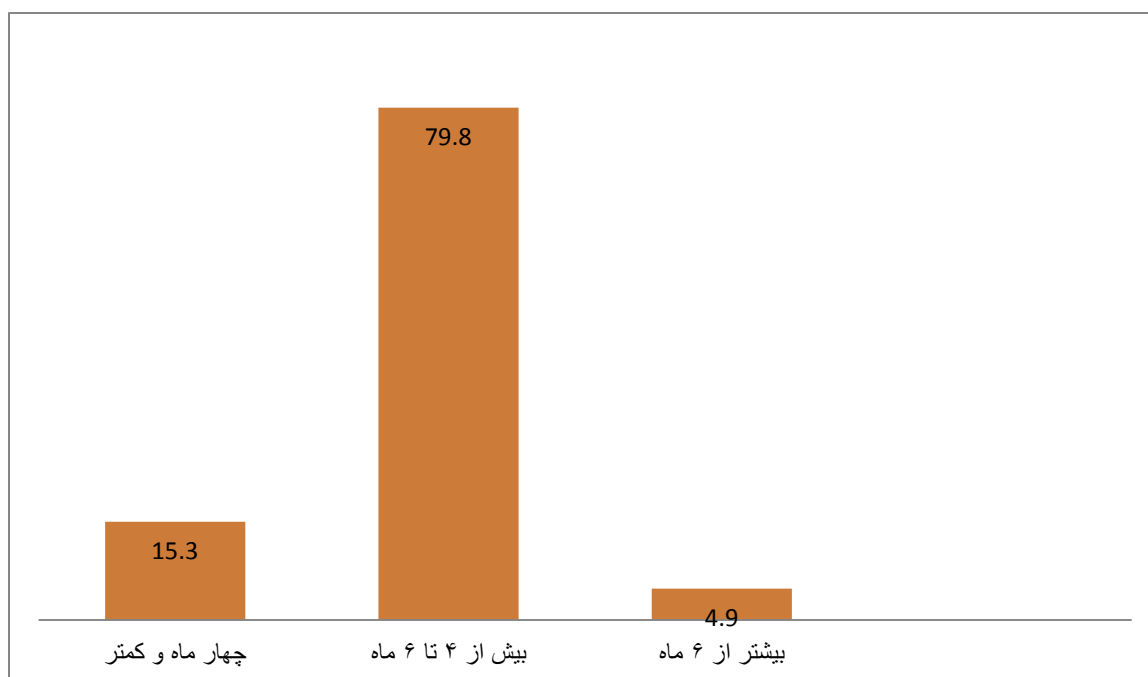


نمودار شماره ی ۳ : توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب نوع زایمان مادر ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳ ، زایمان طبیعی ۳۷٪ و زایمان سزارین ۶۳٪

از ۸۹۱ کودک مطالعه ی ما ۲۰۵ نفر (۲۳٪) نا خواسته و ۶۸۶ نفر (۷۷٪) با برنامه ریزی بودند.

تغذیه با شیر مادر:

تغذیه ی انحصاری با شیر مادر: از مجموع کودکان مطالعه ی ما ۹۰ نفر (۱۰/۱ %) کمتر از ۴ ماه تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. ۴۶ نفر (۵/۲ %) ۴ ماه ، ۱۶۵ نفر (۱۸/۵ %) ۵ ماه و ۵۴۴ نفر (۶۱/۱ %) ۶ ماه تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. ۳۲ نفر (۳/۶ %) ۷ ماه و ۱۳ نفر (۱/۵ %) بیشتر از ۷ ماه تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. که در کل ۳۳/۹ % کمتر از ۶ ماه و ۶۶/۱ % به مدت ۶ ماه و بالاتر از شیر مادر به تنهایی استفاده کرده اند. و با دسته بندی دیگر ۱۳۶ نفر (۱۵/۳ %) به مدت ۴ ماه و کمتر ، ۷۱۰ نفر (۷۹/۸ %) به مدت بیش از ۴ تا ۶ ماه و ۴۴ نفر (۴/۹ %) به مدت بیشتر از ۶ ماه تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. میانگین طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر ۵/۳ ماه می باشد.



نمودار شماره ی ۴-توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳
گروه ۴ ماه و کمتر ۱۵/۳ % ، گروه بیش از ۴ تا ۶ ماه ۷۹/۸ % و گروه بیشتر از ۶ ماه ۴/۹ % بود

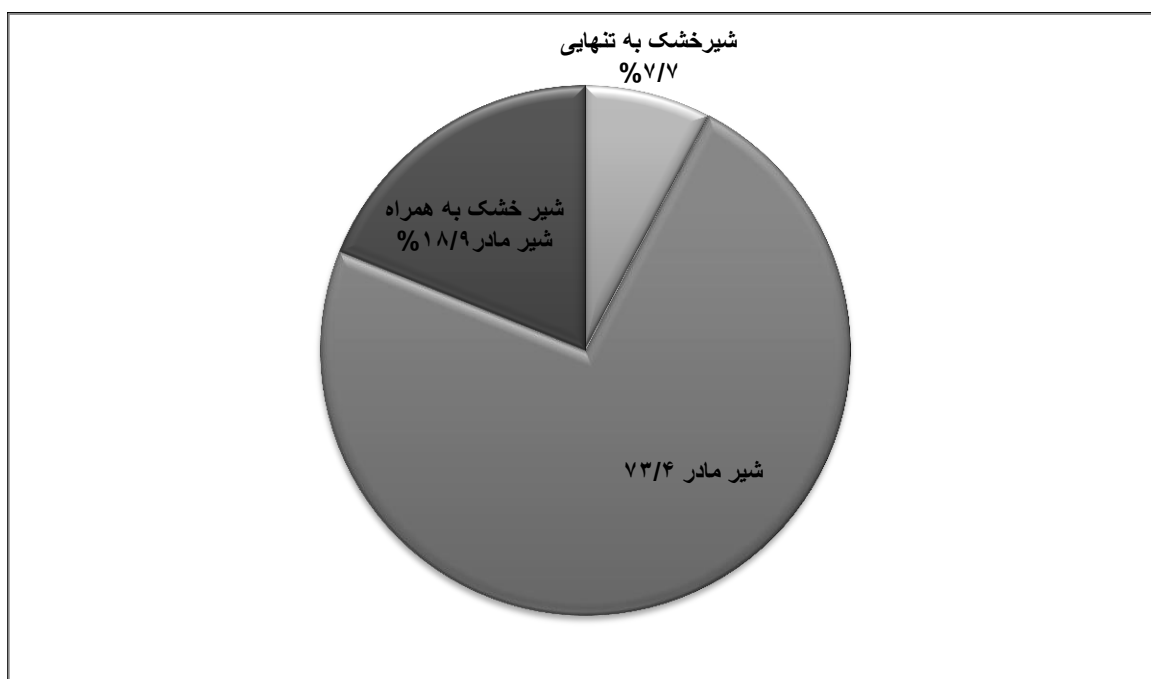
مدت زمان تغذیه با شیر مادر :

از مجموع کودکان این مطالعه ۲/۲ % هرگز شیر مادر نخورده اند . ۶/۳ % کمتر از ۶ ماه شیر مادر خورده اند ، ۲/۸ % از کودکان مورد مطالعه ۷ تا ۱۲ ماه تغذیه با شیر مادر داشته اند . ۸/۷ % از کودکان به مدت ۱۳ تا ۱۸ ماه تحت تغذیه با شیر مادر بوده اند . ۱۷/۵ % از کودکان مطالعه ی ما ۱۹ تا ۲۳ ماه شیر مادر خورده اند . ۱۸/۶ % از کودکان ۲۴ ماه شیر مادر خورده اند . ۴/۳ % بیشتر از ۲۴ ماه شیر مادر خورده اند . ۳۹/۶ % هم هنوز در حال شیر خوردن می باشند . میانگین طول مدت تغذیه با شیر مادر در مطالعه ی ما ۱۸/۷ ماه بود. و با دسته بندی دیگر ۱۰/۲ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۹/۸ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۷/۵ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۲۲/۹ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۳۹/۶ % هنوز در حال تغذیه با شیر مادر هستند (جدول شماره ی ۱)

جدول شماره ی ۱ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه با شیر مادر ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

سن کودک (ماه)	تعداد	درصد
> ۱۲	۹۱	۱۰/۲
۱۲-۱۸	۸۷	۹/۸
۱۸/۱-۲۳/۹	۱۵۶	۱۷/۵
۲۴=<	۲۰۴	۲۲/۹
هنوز شیرمادر می خورد	۳۵۳	۳۹/۶
کل	۸۹۱	۱۰۰

از مجموع کودکان این مطالعه ۱۸/۹ % از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده کرده اند. ۷۳/۴ % فقط شیر مادر خورده اند. ۷/۷ % از شیر خشک به تنهایی استفاده کرده اند (نمودار شماره ۵) که از این میان ۶۳/۸ % ۶ ماه و کمتر تغذیه با شیر خشک به تنهایی داشتند، ۱۴/۵ % ۷ تا ۱۲ ماه و ۲۱/۷ % ۱۳ تا ۲۴ ماه تغذیه با شیر خشک به تنهایی داشتند.



نمودار شماره ۵ توزیع کودکان مورد مطالعه بر حسب نوع شیر مصرفی، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

غذای کمکی : ۴/۸ % کودکان در سن ۴ ماهگی و کمتر اولین غذای کمکی را شروع کرده

بودند. ۷/۳% در ۵ ماهگی ، ۶۶/۳ % در ۶ ماهگی ، ۱۹% در ۷ ماهگی ، ۲/۶ % در سنین بیشتر از ۷ ماهگی اولین غذای کمکی را شروع کرده بودند .و در مجموع ۱۲/۱ % کمتر از ۶ ماهگی و ۸۷/۹ % در ۶ ماهگی و بیشتر غذای کمکی را شروع کرده بودند.

در بین غذاها فرنی با بیشترین فراوانی در صدر اولین غذای کمکی قرار داشت و سایر غذاها به ترتیب در جدول شماره ی ۲ آمده است.

جدول شماره ی ۲ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب اولین غذای کمکی کودک ،مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ،سال ۱۳۹۳

نوع غذا	تعداد	درصد
فرنی	۶۱۶	۶۹/۲
سوپ	۱۰۷	۱۲/۱
مواد غذایی دیگر (سرلاک، مامانا، آش)	۷۲	۸/۱
حریره بادام	۵۱	۵/۷
غذای خانواده	۲۳	۲/۶
بیسکویت	۹	۱
شیربرنج	۶	۰/۷
نان	۴	۰/۴
میوه و آب میوه	۲	۰/۲
کل	۸۹۰	۱۰۰

از مجموع کودکان مطالعه ی ما ۶۰% فرزند اول ، ۳۲/۵ % فرزند دوم و ۷/۵ % فرزند سوم و بالاتر بودند.

مکمل یاری:

از مجموع کودکان این مطالعه ۸۱۷ نفر (۹۱/۷٪) از مکمل قطره ی آهن استفاده کرده اند و ۷۴ نفر (۸/۳٪) استفاده نکرده اند. که از این میان ۱۷/۹٪ به مدت ۱ تا ۶ ماه ، ۹٪ به مدت ۷ تا ۱۲ ماه ، ۲۹/۷٪ به مدت ۱۳ تا ۱۸ ماه و ۲/۱٪ بیش از ۱۸ ماه از قطره ی آهن استفاده کرده اند و ۳۳٪ از کودکان هنوز در حال مصرف قطره ی آهن هستند. (جدول شماره ی ۳) میانگین مصرف قطره ی آهن ۱۲/۵ ماه در بین کودکانی که این مکمل را مصرف می کردند بود. همچنین از بین کودکانی که مکمل آهن استفاده می کنند ۵/۵٪ از کودکان در سنین کمتر از ۶ ماهگی ، ۹۲/۵٪ در ۶ ماهگی و ۲٪ در سنین بیش از ۶ ماهگی مصرف مکمل آهن را شروع کرده اند .

جدول شماره ی ۳ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت زمان استفاده از قطره ی آهن ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

طول مدت مصرف قطره آهن (ماه)	تعداد	درصد
۰ ماه	۷۴	۸/۳
۱-۶	۱۵۹	۱۷/۹
۷-۱۲	۸۰	۹
۱۳-۱۸	۲۶۵	۲۹/۷
> ۱۸	۱۹	۲/۱
هنوز در حال مصرف	۲۹۴	۳۳
کل	۸۹۱	۱۰۰

از مجموع کودکان مطالعه‌ی ما ۸۴۰ نفر (۹۴/۳ %) از مولتی ویتامین استفاده کرده‌اند و ۵۱ نفر (۵/۷ %) اصلاً از مولتی ویتامین استفاده نکرده‌اند. که از این میان ۱۱/۷ % به مدت ۶ ماه و کمتر ، ۱۰/۹ % به مدت ۷ تا ۱۲ ماه ، ۴/۵ % به مدت ۱۳ تا ۱۸ ماه ، ۳۳/۱ % به مدت ۱۹ تا ۲۴ ماه و ۰/۲ % بیشتر از ۲۴ ماه از مکمل مولتی ویتامین استفاده کرده‌اند و ۳۳/۹ % هنوز در حال مصرف این مکمل می‌باشند (جدول شماره ۴). میانگین مصرف مولتی ویتامین ۱۷/۱ ماه در بین کودکانی که این مکمل را مصرف می‌کردند بود.

۹۳/۹ % مکمل مولتی ویتامین را در ۱ ماهگی شروع کرده‌اند. ۴/۹ % در سنین ۲ تا ۶ ماهگی و ۱/۲ % در سنین ۷ ماهگی و بالاتر این مکمل را شروع کرده‌اند.

جدول شماره ۴ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت مصرف مکمل مولتی ویتامین ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مدت مصرف مولتی ویتامین (ماه)	تعداد	درصد
۰	۵۱	۵/۷
۱-۶	۱۰۴	۱۱/۷
۷-۱۲	۹۷	۱۰/۹
۱۳-۱۸	۴۰	۴/۵
۱۹-۲۴	۲۹۵	۳۳/۱
>۲۴	۲	۰/۲
هنوز مولتی ویتامین می‌خورد	۳۰۲	۳۳/۹
کل	۸۹۱	۱۰۰

در مطالعه‌ی ما ۸۲/۷٪ از شیر خشک به همراه غذای کمکی استفاده نکرده‌اند. و از میان ۱۷/۳٪ که از شیر خشک همراه غذای کمکی استفاده کرده‌اند ۷/۱٪ کمتر و مساوی ۶ ماه، ۴/۵٪ به مدت ۷ تا ۱۲ ماه و ۵/۷٪ بیشتر از ۱۲ ماه از شیر خشک به همراه غذای کمکی استفاده کرده‌اند.

باتوجه به نتایج حاصله از مطالعه ی ما طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به طور معنی داری (Pvalue=0/026) با میزان درآمد خانواده ارتباط داشت بدین صورت که با افزایش میزان درآمد خانواده از مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر کاسته می شد. (جدول شماره ی ۵)

جدول شماره ی ۵- میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه بر حسب میزان درآمد خانواده ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

میزان درآمد خانواده	تعداد	میانگین(ماه)	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله ی اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیشتر از ۲ میلیون	۸۶	۵/۰۷	۱/۴۶	۴/۷۵	۵/۳۸
۱ تا ۲ میلیون	۳۲۰	۵/۲۴	۱/۶۷	۵/۰۶	۵/۴۲
کمتر از ۱ میلیون	۴۸۴	۵/۴۷	۱/۵۳	۵/۳۴	۵/۶۱
کل	۸۹۰	۵/۳۵	۱/۵۸	۵/۲۵	۵/۴۵

(Anova)(Pvalue=0.026)

رابطه ی بین سطح تحصیلات مادر و استفاده ی همزمان از شیر مادر و شیر خشک برای کودک معنی دار نبود ولی جهت دار بود بدین صورت که با افزایش سطح تحصیلات مادر میزان استفاده ی همزمان از شیرمادر و شیر خشک افزایش می یابد (Pvalue= 0.079). (جدول شماره ی ۶)

جدول شماره ی ۶- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب استفاده ی همزمان از شیر خشک به همراه شیر مادر و سطح تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

تحصیلات مادر	مصرف همزمان شیر مادر و شیر خشک		عدم مصرف همزمان شیر مادر و شیر خشک	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد و ابتدایی	۱۰	۱۱/۴	۷۸	۸۸/۶
راهنمایی و متوسطه	۳۶	۱۸/۳	۱۵۵	۸۱/۷
دیپلم و فوق دیپلم	۸۲	۱۸/۸	۳۶۷	۸۱/۲
لیسانس و بالاتر	۴۰	۲۴/۵	۱۲۳	۷۵/۵
کل	۱۶۸	۱۸/۹	۷۲۳	۸۱/۱

(Chi-Square)(P=0.079)

رابطه ی بین سطح تحصیلات مادر و استفاده از شیر خشک به تنهایی معنی دار نبود (Pvalue=0.729)
(جدول شماره ی ۷)

جدول شماره ی ۷- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

تحصیلات مادر	مصرف شیر خشک به تنهایی		عدم مصرف شیر خشک به تنهایی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد و ابتدایی	۶	۶/۸	۸۲	۹۳/۲
راهنمایی و متوسطه	۱۴	۷/۳	۱۷۷	۹۲/۷
دیپلم و فوق دیپلم	۳۹	۸/۷	۴۱۰	۹۱/۳
لیسانس و بالاتر	۱۰	۶/۱	۱۵۳	۹۳/۹
کل	۶۹	۷/۷	۸۲۲	۹۲/۳

(Chi-Square Test) (P=0.729)

ارتباط طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر با تحصیلات مادر بدین صورت بود که مادران با سطح تحصیلات بیسواد و ابتدایی ۱۵/۹ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۳/۹ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۱۰/۲ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تحت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. مادران با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۱۶/۹ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۶/۸ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۶/۳ % به مدت ۷ ماه و بیشتر

تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. مادران با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم ۱۴/۹ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۱/۳ % به مدت ۵ تا ۶ ماه ، ۳/۸ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. مادران با تحصیلات لیسانس و بالاتر ۱۴/۱ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۲/۲ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۳/۷ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند .که البته این رابطه علی رغم جهت دار بودن به صورت افزایش میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در بازه ی ۵ تا ۶ ماه با افزایش سطح تحصیلات مادر معنی دار نبود ($P=0.186$) (جدول شماره ی ۳۹)

رابطه ی طول مدت تغذیه با شیر مادر و تحصیلات مادر بدین صورت بود که مادران بیسواد و با تحصیلات ابتدایی ۱۴/۸ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۰/۲ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۹/۳ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۶/۱ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر تحت تغذیه با شیر مادر بوده اند .و ۲۹/۵ % هنوز در حال شیرخوردن هستند. کودکان مادران با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۸/۹ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۵/۲ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۵/۷ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۱۷/۳ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۴۲/۹ % هنوز در حال تغذیه با شیر مادر هستند. کودکان مادران با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم ۱۰/۲ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۸ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۶/۷ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۲۳/۶ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۴۱/۴ % هنوز تحت تغذیه با شیر مادر هستند. مدت شیر دهی در مادران با تحصیلات لیسانس و بالاتر ۹/۲ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۸ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۲۰/۹ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۲۵/۸ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر بود و ۳۶/۲ % هنوز در حال شیردهی هستند.البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.087$) (جدول شماره ی ۳۹)

رابطه ی بین طول مدت تغذیه با شیر مادر و تعداد فرزندان خانواده بدین صورت بود که خانواده های تک فرزندی به طور متوسط ۱۸/۵۶ ماه ، خانواده های دو فرزندی ۱۹/۲۶ ماه و خانواده های سه فرزندی و بیشتر ۱۷/۳۵ ماه فرزندان خود را با شیر مادر تغذیه می کردند که البته این رابطه معنی دار نبود. ($Pvalue=0.25$) (جدول شماره ی ۸)

جدول شماره ی ۸ - میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزندان خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

تعداد فرزندان خانواده	تعداد	میانگین(ماه)	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله ی اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
تک فرزند	۲۷۹	۱۸/۵۶	۸/۰۸	۱۷/۶۱	۱۹/۵۲
دو فرزند	۲۰۸	۱۹/۲۶	۷/۰۷	۱۸/۳۰	۲۰/۲۳
سه فرزند و بیشتر	۵۱	۱۷/۳۵	۸/۲۵	۱۵/۰۳	۱۹/۶۷
کل	۵۳۸	۱۸/۷۲	۷/۷۳	۱۸/۰۶	۱۹/۳۷

(ANOVA)(P=0.25)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر با درآمد خانواده بدین صورت بود که خانواده های با درآمد بیشتر از ۲ میلیون به طور میانگین ۱۹/۰۶ ماه، خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۱۸/۶۱ ماه و خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۱۸/۷۳ ماه کودک خود را با شیر مادر تغذیه می کردند که البته این رابطه معنی دار نبود. (Pvalue=0.92) (جدول شماره ی ۹)

جدول شماره ی ۹ - میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه بر حسب وضعیت اقتصادی خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

میزان درآمد خانواده	تعداد	میانگین(ماه)	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیشتر از ۲ میلیون	۶۰	۱۹/۰۶	۸/۴۶	۱۶/۸۸	۲۱/۲۵
۱ تا ۲ میلیون	۲۱۷	۱۸/۶۱	۷/۷۳	۱۷/۵۷	۱۹/۶۴
کمتر از ۱ میلیون	۲۶۱	۱۸/۷۳	۷/۵۸	۱۷/۸۱	۱۹/۶۶
کل	۵۳۸	۱۸/۷۲	۷/۷۳	۱۸/۰۶	۱۹/۳۷

(ANOVA)(P=0.92)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر با نوع زایمان مادر بدین صورت بود که مادرانی که زایمان طبیعی داشتند کودک خود را مدت بیشتری با شیرمادر تغذیه کرده اند بدین شرح که در بازه ی کمتر از ۱۲ ماه مادران با زایمان طبیعی ۷٪ و مادران با زایمان سزارین ۱۲/۱٪ کودک خود را با شیر مادر تغذیه کرده بودند در حالیکه در بازه ی ۲۴ ماه و بیشتر مادران با زایمان طبیعی ۲۶/۷٪ و مادران با زایمان سزارین ۲۰/۷٪ کودک خود را با شیر مادر تغذیه کرده بودندو البته این رابطه معنی دار بود . (P=0.026) (جدول شماره ی ۱۰)

جدول شماره ی ۱۰- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت تغذیه با شیر مادر و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

کل	مدت تغذیه با شیر مادر (ماه)					تغذیه با شیر مادر	
	هنوز شیر میخورد	≥ 24	۱۸/۱-۲۳/۹	۱۲-۱۸	> 12	نوع زایمان مادر	
۳۳۰	۱۳۱	۸۸	۵۱	۳۷	۲۳	تعداد	طبیعی
۱۰۰	۳۹/۷	۲۶/۷	۱۵/۵	۱۱/۲	۷	درصد	
۵۶۱	۲۲۲	۱۱۶	۱۰۵	۵۰	۶۸	تعداد	سزارین
۱۰۰	۳۹/۶	۲۰/۷	۱۸/۷	۸/۹	۱۲/۱	درصد	
۸۹۱	۳۵۳	۲۰۴	۱۵۶	۸۷	۹۱	تعداد	کل
۱۰۰	۳۹/۶	۲۲/۹	۱۷/۵	۹/۸	۱۰/۲	درصد	

(Chi-Square test)(p=0.026)

ارتباط استفاده از شیر خشک و شغل پدر بدین صورت بود که پدرانی که شغل آزاد داشتند (شامل: کارگر، کشاورز، خدماتی، آزاد و کاسب) ۱۸/۳ % و آنهایی که مشاغل دیگر (شامل: بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) داشتند ۲۵/۳ % کودکانشان همراه شیر مادر از شیر خشک استفاده می کردند که البته این رابطه معنی دار نبود. (P=0.134)

همچنین گروهی که پدرانشان شغل آزاد داشتند (شامل: کارگر، کشاورز، خدماتی، آزاد و کاسب) ۸/۱ % و گروهی که پدرانشان دارای سایر مشاغل بودند (شامل: بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) ۴ % از شیر خشک به تنهایی استفاده میکردند که این رابطه هم معنی دار نبود.

(Chi-Square Test) (P=0.205)

رابطه ی سن شروع غذای کمکی و شغل پدر بدین گونه بود که در کودکانی که پدرانشان شغل آزاد داشتند (شامل: کارگر، کشاورز، خدماتی، آزاد و کاسب) میانگین سن شروع غذای کمکی ۶/۱۰۸ ماه بود و در کودکانی که پدرانشان دارای سایر مشاغل بودند (شامل: بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) ۶/۰۸۰ ماه بود که البته این رابطه معنی دار نبود. (T-test)(Pvalue=0.837)

رابطه ی بین تعداد فرزندان خانواده و شغل پدر بدین گونه بود که در پدران با شغل آزاد(شامل: کارگر،کشاورز، خدماتی، آزاد و کاسب) ۵۲/۶ % تک فرزندی ، ۳۸/۸ % دو فرزندی ، ۸/۶ % سه فرزندی و بیشتر بودند .در پدران با سایر مشاغل(شامل : بهداشتی درمانی ،فرهنگی، نظامی و بازنشسته) ۵۷/۳ % تک فرزندی ، ۳۶ % دو فرزندی ، ۶/۷ % سه فرزندی و بیشتر بودند.این رابطه معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۱۱) (P=0/69)

جدول شماره ی ۱۱- توزیع فراوان کودکان مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزندان خانواده و شغل پدر ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

تعداد فرزندان خانواده		تک فرزند		دو فرزند		سه فرزند		کل
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
شغل پدر		۴۳	۵۷/۳	۲۷	۳۶	۵	۶/۷	۷۵
سایر(بهداشتی درمانی ،فرهنگی،نظامی،بازنشسته)		۴۲۹	۵۲/۶	۳۱۶	۳۸/۸	۷۰	۸/۶	۸۱۵
آزاد(کارگر ،کشاورز، کاسب ،خدماتی)		۴۷۲	۵۳	۳۴۳	۳۸/۵	۷۵	۸/۴	۸۹۰
کل								

(Chi-Square Test) (P=0.696)

ارتباط مدت زمان استفاده از مولتی ویتامین کودک با شغل پدر بدین صورت بود که در فرزندان پدران با شغل آزاد (شامل : کارگر ،کشاورز، کاسب ، خدماتی و آزاد) به طور متوسط ۱۶/۹۲ ماه از مولتی ویتامین استفاده شده است و در فرزندان پدران با سایر مشاغل (شامل :بهداشتی درمانی ، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) ۱۸/۵۷ ماه از مولتی ویتامین استفاده شده بود که البته این رابطه معنی دار نبود.(جدول شماره ی ۱۲) (P=0.216)

جدول شماره ی ۱۲- میانگین و انحراف معیار مدت زمان استفاده از مولتی ویتامین در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

مدت مصرف مولتی ویتامین (ماه)	تعداد	میانگین	انحراف معیار
شغل پدر			
سایر (بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی، بازنشسته)	۴۲	۱۸/۵۷	۷/۸۷
آزاد (کارگر، کشاورز، کاسب، خدماتی)	۴۹۶	۱۶/۹۲	۸/۳۲

(T-Test) (P=0.216)

ارتباط زمان شروع قطره ی آهن برای کودک با شغل پدر بدین صورت بود که فرزندان پدران با مشاغل آزاد (شامل: کارگر، کشاورز، کاسب و خدماتی) به طور متوسط از ۵/۸۸ ماهگی و فرزندان پدران با سایر مشاغل (شامل: بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) از ۵/۹۴ ماهگی مکمل آهن را شروع کرده اند (جدول شماره ی ۱۳) (P=0.59) که البته این رابطه معنی دار نبود.

جدول شماره ی ۱۳ – میانگین و انحراف معیار سن شروع مکمل آهن در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی درمانی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

سن شروع مکمل آهن (ماه)	تعداد	میانگین (ماه)	انحراف معیار
شغل پدر			
سایر (بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی، بازنشسته)	۷۰	۵/۹۴	۰/۶۱
آزاد (کارگر، کشاورز، خدماتی، کاسب)	۷۴۷	۵/۸۸	۰/۹۱

(T-Test) (P=0.595)

ارتباط طول مدت زمان استفاده از قطره ی آهن برای کودک با تعداد افراد خانواده معنی دار نبود (P=0.137). (جدول شماره ی ۱۴)

جدول شماره ۱۴ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت زمان استفاده از مکمل آهن و تعداد افراد خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

تعداد فرزندان خانواده	مدت مصرف مکمل آهن (ماه)					کل
	۱-۶	۷-۱۷	۱۸-۲۸	هنوز مکمل آهن میخورد	کل	
تک فرزند	تعداد	۷۵	۵۴	۱۴۲	۱۷۱	۴۴۲
	درصد	۱۷	۱۲/۲	۳۲/۱	۳۸/۷	۱۰۰
دو فرزند	تعداد	۷۲	۳۲	۹۸	۱۰۵	۳۰۷
	درصد	۲۳/۵	۱۰/۴	۳۱/۹	۳۴/۲	۱۰۰
سه فرزند و بیشتر	تعداد	۱۲	۹	۲۹	۱۸	۶۸
	درصد	۱۷/۶	۱۳/۲	۴۲/۶	۲۶/۶	۱۰۰
کل	تعداد	۱۵۹	۹۵	۲۶۹	۲۹۴	۸۱۷
	درصد	۱۹/۵	۱۱/۶	۳۲/۹	۳۶	۱۰۰

(Chi-Square Test) (P=0.137)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر با شغل مادر بدین صورت بود که مادران شاغل مدت بیشتری فرزندان را با شیر مادر تغذیه می کردند و البته این رابطه علی رغم جهت دار بودن معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۱۵) (P=0.308).

جدول شماره ی ۱۵- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت تغذیه با شیر مادر و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

شغل مادر	مدت تغذیه با شیر مادر (ماه)						کل
	> ۱۲	۱۸-۱۲	۱۸/۱-۲۳/۹	<= ۲۴	هنوز شیر میخورد	کل	
خانه دار	تعداد	۸۵	۷۷	۱۳۵	۱۷۸	۳۲۱	۷۹۶
	درصد	۱۰/۷	۹/۷	۱۷	۲۲/۴	۴۰/۲	۱۰۰
شاغل	تعداد	۶	۱۰	۲۱	۲۶	۳۲	۹۵
	درصد	۶/۳	۱۰/۵	۲۲/۱	۲۷/۴	۳۳/۷	۱۰۰
کل	تعداد	۹۱	۸۷	۱۵۶	۲۰۴	۳۵۳	۸۹۱
	درصد	۱۰/۲	۹/۸	۱۷/۵	۲۲/۹	۳۹/۶	۱۰۰

(Chi-Square Test) (P=0.308)

ارتباط تعداد فرزندان خانواده و شغل مادر بدین صورت بود که تعداد فرزندان مادران شاغل کمتر بود .

۶۲/۱٪ مادران شاغل تک فرزند درحالیکه ۵۱/۹٪ مادران خانه دار تک فرزند بودند. ۳۱/۶٪ مادران شاغل دو فرزندی و درحالیکه ۳۹/۴٪ مادران خانه دار دو فرزندی بودند. و میزان سه فرزندی و بیشتر در مادران شاغل ۶/۳٪ و در مادران خانه دار ۸/۷٪ بود ،البته این رابطه علی رغم جهت دار بودن معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۱۶) (P=0.166)

جدول شماره ی ۱۶ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب تعداد فرزندان خانواده و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

تعداد فرزندان خانواده	شغل مادر				کل
	خانه دار	شاغل	تعداد	درصد	
تک فرزند	۴۱۳	۵۹	۳۱۴	۶۹	۷۹۶
دو فرزند	۵۱/۹	۳۰	۳۹/۴	۶	۱۰۰
سه فرزند و بیشتر	۶۲/۱	۳۱/۶	۶/۳	۷۵	۸۹۱
کل	۵۳	۳۸/۶	۸/۴	۱۰۰	

(Chi-Square test)(P=0.166)

ارتباط زمان شروع قطره ی آهن برای کودک با شغل مادر بدین صورت بود که مادران شاغل ۶/۷٪ قبل از ۶ ماهگی ۹۳/۳٪ ۶ ماهگی و پس از آن قطره ی آهن را برای کودکشان شروع کرده بودند در حالیکه مادران خانه دار ۵/۴٪ قبل از ۶ ماهگی و ۹۴/۶٪ ۶ ماهگی و پس از آن قطره ی آهن را برای کودک شروع کرده بودند ،البته این رابطه معنی دار نبود.

(جدول شماره ی ۱۷) (P=0.609)

جدول شماره ی ۱۷ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع قطره ی آهن و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

کل		≤ ۶		> ۶		سن شروع آهن (ماه) شغل مادر
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۷۲۷	۹۴/۶	۶۸۸	۵/۴	۳۹	خانه دار
۱۰۰	۹۰	۹۳/۳	۸۴	۶/۷	۶	شاغل
۱۰۰	۸۱۷	۹۴/۵	۷۷۲	۵/۵	۴۵	کل

(Chi-Square Test) (P=0.609)

ارتباط زمان شروع مولتی ویتامین با شغل مادر بدین شکل بود که مادران شاغل زودتر از مادران خانه دار این مکمل را برای کودکشان شروع کرده بودندو نسبت به مادران خانه دار بیشتر از این مکمل استفاده کرده بودند. ۹۱/۶٪ از مادران شاغل و ۸۸/۲٪ از مادران خانه دار در ۱ ماهگی مولتی ویتامین را برای کودک خود شروع کرده بودندو ۷/۴٪ از مادران شاغل و ۵/۵٪ از مادران خانه دار در ۲ تا ۲۴ ماهگی این مکمل را برای کودکشان شروع کرده بودند. ۱/۱٪ مادران شاغل و ۶/۳٪ از مادران خانه دار برای کودکشان از مولتی ویتامین استفاده نکرده بودند. البته این رابطه معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۱۸) (P=0.097)

جدول شماره ی ۱۸ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع مولتی ویتامین و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

کل		عدم مصرف		۲-۲۴		۱		سن شروع مولتی ویتامین (ماه) شغل مادر
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰	۷۹۶	۶/۳	۵۰	۵/۵	۴۴	۸۸/۲	۷۰۲	خانه دار
۱۰۰	۹۵	۱/۱	۱	۷/۴	۷	۹۱/۶	۸۷	شاغل
۱۰۰	۸۹۱	۵/۷	۵۱	۵/۷	۵۱	۸۸/۶	۷۸۹	کل

(Chi- Square Test) (P=0.097)

ارتباط طول مدت زمان استفاده از مکمل آهن در کودکان با وضعیت اقتصادی خانواده بدین صورت بود که خانواده هایی که وضعیت اقتصادی بهتری داشتند مدت بیشتری از مکمل آهن استفاده کرده بودند. خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون ۴۱/۸ % ، خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۳۶/۹ % و خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۲۸/۷ % در محدوده زمانی ۱۸ تا ۲۸ ماه که زمان مطلوبی است از مکمل آهن استفاده کرده بودند ، البته این رابطه علی رغم جهت دار بودن معنی دار نبود (P=0.102) (جدول شماره ی ۱۹)

جدول شماره ی ۱۹- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مدت استفاده از آهن و وضعیت اقتصادی خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

کل	در حال مصرف	۱۸-۲۸	۷-۱۷	۶=>	مدت مصرف قطره آهن به ماه	
					درآمد خانواده	
۷۹	۲۳	۳۳	۶	۱۷	تعداد	بیش از ۲ میلیون
۱۰۰	۲۹/۱	۴۱/۸	۷/۶	۲۱/۵	درصد	بیش از ۲ میلیون
۲۹۵	۹۷	۱۰۹	۳۵	۵۴	تعداد	۱ تا ۲ میلیون
۱۰۰	۳۲/۹	۳۶/۹	۱۱/۹	۱۸/۳	درصد	۱ تا ۲ میلیون
۴۴۳	۱۷۴	۱۲۷	۵۴	۸۸	تعداد	کمتر از ۱ میلیون
۱۰۰	۳۹/۳	۲۸/۷	۱۲/۲	۱۹/۹	درصد	کمتر از ۱ میلیون
۸۱۷	۲۹۴	۲۶۹	۹۵	۱۵۹	تعداد	کل
۱۰۰	۳۶	۳۲/۹	۱۱/۶	۱۹/۵	درصد	کل

(Chi-Square Test) (P=0.102)

ارتباط بین طول مدت زمان استفاده از مولتی ویتامین در کودک و وضعیت اقتصادی خانواده بدین صورت بود که خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون به طور متوسط ۱۷/۰۱ ماه ، خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۱۷/۷۲ ماه و خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۱۶/۵۸ ماه از مولتی ویتامین برای کودک خویش استفاده کرده اند که البته این رابطه معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۲۰) (P=0.33)

جدول شماره ی ۲۰ – میانگین و انحراف معیار مدت استفاده از مولتی ویتامین در کودکان بر حسب وضعیت اقتصاد خانواده، مراکز و پایگاههای شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

درآمد خانواده	تعداد	میانگین(ماه)	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیشتر از ۲ میلیون	۶۱	۱۷/۰۱	۸/۹۰	۱۴/۷۳	۱۹/۲۹
۱ تا ۲ میلیون	۱۹۵	۱۷/۷۲	۷/۹۶	۱۶/۶۰	۱۸/۸۵
کمتر از ۱ میلیون	۲۸۲	۱۶/۵۸	۸/۳۸	۱۵/۶۰	۱۷/۵۷

(ANOVA) (P=0.33)

ارتباط زمان شروع قطره ی آهن و نوع زایمان مادر به این صورت بود که مادرانی که زایمان طبیعی داشتند ۵/۷٪ کمتر از ۶ ماه و ۹۴/۳٪ در سن ۶ ماهگی و بیشتر مصرف قطره ی آهن را برای کودکان شروع کرده اند و مادرانی که زایمان سزارین داشتند ۵/۴٪ کمتر از ۶ ماه و ۹۴/۶٪ در سن ۶ ماهگی و بیشتر قطره ی آهن را شروع کرده اند که البته این رابطه معنی دار نبود. (P=0.866) (جدول شماره ی ۲۱)

جدول شماره ی ۲۱ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع قطره ی آهن و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

زمان شروع قطره آهن (ماه)		>۶		≤۶		کل
نوع زایمان	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۱۷	۵/۷	۲۸۲	۹۴/۳	۲۹۹	۱۰۰
سزارین	۲۸	۵/۴	۴۹۰	۹۴/۶	۵۱۸	۱۰۰
کل	۴۵	۵/۵	۷۷۲	۹۴/۵	۸۱۷	۱۰۰

(Chi-Square Test)(P=0.866)

ارتباط زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین برای کودک با نوع زایمان مادر بدین شرح بود که مادران با زایمان طبیعی ۹۰/۹٪ در ۱ ماهگی و ۳٪ در ۲ تا ۲۴ ماهگی برای کودک خود مولتی ویتامین را شروع کرده بودند و ۶/۱٪ از مولتی ویتامین استفاده نکرده بودند. درحالیکه مادرانی که زایمان سزارین داشتند ۸۷/۲٪ در ۱ ماهگی و ۷/۳٪ در ۲ تا ۲۴ ماهگی مولتی ویتامین را شروع کرده بودند و ۵/۵٪ هم به کودکان خود مولتی ویتامین نداده بودند. این نتایج نشان می دهد مادرانی که زایمان طبیعی داشتند زودتر مولتی ویتامین برای کودکان خود شروع کرده اند و البته این رابطه معنی دار بود. ($P=0.029$) (جدول شماره جدول شماره ی ۲۲)

جدول شماره ی ۲۲- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب زمان شروع مولتی ویتامین و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

زمان شروع مولتی ویتامین (ماه)		۱	۲-۲۴	عدم مصرف	کل
نوع زایمان	طبیعی	تعداد	۳۰۰	۱۰	۲۰
	درصد	۹۰/۹	۳	۶/۱	۱۰۰
سزارین	تعداد	۴۸۹	۴۱	۳۱	۵۶۱
	درصد	۸۷/۲	۷/۳	۵/۵	۱۰۰
کل	تعداد	۷۸۹	۵۱	۵۱	۸۹۱
	درصد	۸۸/۶	۵/۷	۵/۷	۱۰۰

(Chi-Square Test)($P=0.029$)

ارتباط نوع شیر مصرفی و تحصیلات پدر بدین صورت بود که با افزایش سطح تحصیلات پدر استفاده ی همزمان از شیر خشک و شیر مادر افزایش می یابد البته این رابطه علی رغم جهت دار بودن معنی دار نبود. ($p=0.403$) (جدول شماره ی ۲۳)

جدول شماره ی ۲۳ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب میزان استفاده ی همزمان از شیر خشک و شیر مادر و تحصیلات پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک تحصیلات پدر	مصرف همزمان شیر خشک و شیر مادر		عدم مصرف شیر خشک همراه شیر مادر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد و ابتدایی	۱۲	۱۳/۳	۷۸	۸۶/۷
راهنمایی و متوسطه	۴۳	۱۸/۸	۱۸۶	۸۱/۲
دیپلم و فوق دیپلم	۷۹	۱۸/۹	۳۴۰	۸۱/۱
لیسانس و بالاتر	۳۴	۲۲/۲	۱۱۹	۷۷/۸
کل	۱۶۸	۱۸/۹	۷۲۳	۸۱/۱

(Chi-Square Test)(p=0.403)

ارتباط تغذیه با شیر خشک به تنهایی و تحصیلات پدر هم به این شرح بود که ۷/۸ % از پدران بیسواد و ابتدایی ، ۷ % از پدران با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ، ۷/۹ % از پدران با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم و ۸/۵ % از پدران با تحصیلات لیسانس و بالاتر از شیر خشک به تنهایی برای فرزندشان استفاده کرده بودند که البته این رابطه معنی دار نبود. (p=0.957) (جدول شماره ی 24)

جدول شماره ی 24 - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و سطح تحصیلات پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک تحصیلات پدر	مصرف شیر خشک به تنهایی		عدم مصرف شیر خشک به تنهایی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیسواد و ابتدایی	۷	۷/۸	۸۳	۹۲/۲	۹۰	۱۰۰
راهنمایی و متوسطه	۱۶	۷	۲۱۳	۹۳	۲۲۹	۱۰۰
دیپلم و فوق دیپلم	۳۳	۷/۹	۳۸۶	۹۲/۱	۴۱۹	۱۰۰
لیسانس و بالاتر	۱۳	۸/۵	۱۴۰	۹۱/۵	۱۵۳	۱۰۰
کل	۶۹	۷/۷	۸۲۲	۹۲/۳	۸۹۱	۱۰۰

(Chi-Square Test) (p=0.957)

ارتباط زمان شروع قطره ی آهن برای کودک بر حسب تحصیلات مادر بدین شرح بود که مادران بیسواد و ابتدایی به طور متوسط از ۵/۶۹ ماهگی ، مادران با سطح تحصیلات راهنمایی و متوسطه از ۵/۸۸ ماهگی ، مادران با سطح تحصیلات دبیرم و فوق دبیرم از ۵/۹۳ ماهگی و مادران با سطح تحصیلات لیسانس و بالاتر از ۵/۸۶ ماهگی قطره ی آهن را برای فرزندانشان شروع کرده اند که البته این رابطه معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۲۵) ($P=0.174$)

جدول شماره ی ۲۵ – میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی آهن در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

زمان شروع قطره آهن (ماه)	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیسواد و ابتدایی	۷۹	۵/۶۹	۱/۰۰	۵/۴۷	۵/۹۲
راهنمایی و متوسطه	۱۷۰	۵/۸۸	۰/۹۰	۵/۷۴	۶/۰۱
دبیرم و فوق دبیرم	۴۱۰	۵/۹۳	۰/۷۶	۵/۸۶	۶/۰۱
لیسانس و بالاتر	۱۵۸	۵/۸۶	۱/۰۸	۵/۶۹	۶/۰۳
کل	۸۱۷	۵/۸۸	۰/۸۹	۵/۸۲	۵/۹۵

(ANOVA)($P=0.174$)

ارتباط زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین در کودک با سطح تحصیلات مادر بدین گونه بود که به طور معنی داری با افزایش سطح تحصیلات مادر این مکمل دیرتر برای کودکان شروع می شود. مادران بیسواد و ابتدایی به طور متوسط از ۱/۱۳ ماهگی ، مادران با تحصیلات راهنمایی و متوسطه از ۱/۱۴ ماهگی ، مادران با تحصیلات دبیرم و بالاتر از ۱/۱۸ ماهگی و مادران با تحصیلات لیسانس و بالاتر از ۱/۷۲ ماهگی مولتی ویتامین را برای کودک خود شروع کرده اند. بر اساس آزمون Post Hoc علت معنی دار بودن این رابطه تفاوت گروه با تحصیلات لیسانس و بالاتر با ۳ گروه دیگر است . ($P=0.00$) (جدول شماره ی ۲۶)

جدول شماره ی ۲۶- توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

زمان شروع مولتی ویتامین (ماه) تحصیلات مادر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیسواد و ابتدایی	۷۷	۱/۱۳	۰/۷۳	۰/۹۶	۱/۲۹
راهنمایی و متوسطه	۱۸۴	۱/۱۴	۰/۸۶	۱/۰۲	۱/۲۷
دیپلم و فوق دیپلم	۴۱۹	۱/۱۸	۰/۹۰	۱/۰۹	۱/۲۷
لیسانس و بالاتر	۱۶۰	۱/۷۲	۲/۷۱	۱/۳۰	۲/۱۵
کل	۸۴۰	۱/۲۷	۱/۴۳	۱/۱۷	۱/۳۷

(ANOVA)(P=0.00)

ارتباط استفاده ی همزمان از شیر مادر و شیر خشک با شغل مادر بدین صورت بود که به طور معنی داری درصد بیشتری از مادران شاغل در مقایسه با مادران خانه دار از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده می کردند. مادران شاغل ۲۹/۵٪ و مادران خانه دار ۱۷/۶٪ از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده می کردند (جدول شماره ی ۲۷). (P=0.005)

جدول شماره ی ۲۷ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب استفاده ی همزمان از شیر خشک به همراه شیر مادر و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک شغل مادر	مصرف شیر خشک همراه شیر مادر		عدم مصرف شیر خشک همراه شیر مادر		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خانه دار	۱۴۰	۱۷/۶	۶۵۶	۸۲/۴	۷۹۶	۱۰۰
شاغل	۲۸	۲۹/۵	۶۷	۷۰/۵	۹۵	۱۰۰
کل	۱۶۸	۱۸/۹	۷۲۳	۸۱/۱	۸۹۱	۱۰۰

(Chi-Square Test)(P=0.005)

ارتباط مصرف شیر خشک به تنهایی با شغل مادر بدین شرح بود که مادران خانه دار با درصد فراوانی ۸/۲٪ بیشتر از مادران شاغل با درصد فراوانی ۴/۲٪ از شیر خشک به تنهایی استفاده می کردند که البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.173$) (جدول شماره ی ۲۸)

جدول شماره ی ۲۸ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و شغل مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی درمانی، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک شغل مادر	مصرف شیر خشک به تنهایی		عدم مصرف شیر خشک به تنهایی		کل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
خانه دار	۶۵	۸/۲	۷۳۱	۹۱/۸	۷۹۶	۱۰۰
شاغل	۴	۴/۲	۹۱	۹۵/۸	۹۵	۱۰۰
کل	۶۹	۷/۷	۸۲۲	۹۲/۳	۸۹۱	۱۰۰

(Chi-Square Test)($P=0.173$)

ارتباط مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و شغل مادر بدین صورت بود که مادران خانه دار ۱۵/۲٪ به مدت ۴ ماه و کمتر ، ۷۹/۶٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۵/۲٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر کودک خود را به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه کرده اند و مادران شاغل ۱۵/۸٪ به مدت ۴ ماه و کمتر ۸۱٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۳/۲٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر کودک خود را به صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه کرده اند که البته این رابطه معنی دار نبود ($P=0.696$) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط نوع شیر مصرفی و شغل پدر بدین گونه بود که پدرانی که شغل آزاد داشتند (شامل کارگر ، کاسب ، کشاورز و خدماتی) ۱۸/۳٪ و پدرانی که دارای سایر مشاغل بودند (شامل : بهداشتی درمانی، فرهنگی ، نظامی و بازنشسته) ۲۵/۳٪ از شیر خشک به همراه شیر مادر برای کودکان استفاده می کردند که البته این رابطه معنی دار نبود ($P=0.134$) همچنین پدرانی که شغل آزاد داشتند ۸/۱٪ و پدرانی که دارای سایر مشاغل بودند ۴٪ از شیر خشک به تنهایی برای کودکان استفاده کرده بودند که البته این رابطه هم معنی دار نبود. ($p=0.205$) (جدول شماره ی ۲۹)

جدول شماره ی ۲۹ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و همراه با شیر مادر و شغل پدر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک		مصرف شیر خشک همراه شیر مادر		مصرف شیر خشک به تنهایی	
شغل پدر		تعداد	درصد	تعداد	درصد
		۱۹	۲۵/۳	۳	۴
سایر مشاغل (بهداشتی، درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته)		۱۴۹	۱۸/۳	۶۶	۸/۱
شغل آزاد (کارگر، کشاورز، کاسب و خدماتی)		۱۶۸	۱۸/۹	۶۹	۷/۷
کل					
Pvalue		۰/۱۳۴		۰/۲۰۵	

(Chi-Square Test)

طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در کودکانی که پدران با شغل آزاد (شامل: کارگر، کشاورز، کاسب و خدماتی) داشتند ۱۵/۸٪ به مدت ۰ تا ۴ ماه، ۷۹٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۵/۲٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر بود. و در کودکانی که پدران با سایر مشاغل (شامل: بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) داشتند ۹/۳٪ به مدت ۰ تا ۴ ماه، ۸۸٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۲/۷٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر بود. که البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.178$) (جدول شماره ی ۳۹)

طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان پدران با مشاغل آزاد (شامل: کارگر، کشاورز، کاسب و خدماتی) ۱۰/۳٪ کمتر از ۱۲ ماه، ۹/۷٪ به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه، ۱۶/۷٪ به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه، ۲۳٪ به مدت ۲۴ ماه و بیشتر بود و ۴۰/۳٪ هنوز در حال شیرخوردن هستند. و در کودکان با پدران صاحب سایر مشاغل (شامل: بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی و بازنشسته) طول مدت تغذیه با شیر مادر ۹/۳٪ کمتر از ۱۲ ماه، ۱۰/۷٪ به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه، ۲۶/۷٪ به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه، ۲۱/۳٪ به مدت ۲۴ ماه و بیشتر بود و ۳۲٪ هنوز در حال شیرخوردن بودند. که البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.254$) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر با بعد خانوار بدین شرح بود که در خانواده های تک فرزندی طول تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۱۷/۲٪ به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۷/۷٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۵/۱٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر بود .این میزان در خانواده های دو فرزندی ۱۲/۵٪ به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۳/۱٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۴/۴٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر بود و در خانواده های ۳ فرزندی و بیشتر این میزان در ۱۶٪ به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۷/۳٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۶/۷٪ به مدت ۷ ماه و بیشتر بود.که البته این رابطه معنی دار نبود.(P=0.370) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر و بعد خانوار بدین صورت بود که در خانواده های تک فرزندی ۱۰/۸٪ کمتر از ۱۲ ماه ، ۸/۵٪ به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۷/۶٪ به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۲/۲٪ به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده بودند و ۴۰/۹٪ هنوز در حال شیر خوردن بودند. در خانواده های دو فرزندی ۸/۴٪ کمتر از ۱۲ ماه ، ۹/۹٪ به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۹/۲٪ به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۳٪ به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۳۹/۵٪ هنوز در حال شیرخوردن بودند. در خانواده های سه فرزندی و بیشتر ۱۴/۷٪ کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۷/۳٪ به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۹/۳٪ به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۶/۷٪ به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده بودند و ۳۲٪ هنوز در حال شیر خوردن بودند.که البته این رابطه معنی دار نبود.(P=0.106) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط نوع شیر مصرفی و بعد خانوار بدین صورت بود که خانواده هایی که تک فرزند بودند ۲۰/۱٪ ، خانواده های دو فرزندی ۱۷/۲٪ و خانواده های سه فرزندی و بیشتر ۱۸/۷٪ از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده کرده بودند که البته این رابطه معنی دار نبود.(P=0.562) (جدول شماره ی ۳۰)

همچنین خانواده های تک فرزندی ۹/۵٪ خانواده های دو فرزندی ۶/۱٪ و خانواده های سه فرزندی و بیشتر ۴٪ از شیر خشک به تنهایی استفاده کرده بودند که چنان که از شواهد بر می آید با افزایش بعد خانواده میزان استفاده از شیر خشک به تنهایی کاهش می یابد که البته این رابطه معنی دار نبود . (P=0.087) (جدول شماره ی ۳۰)

جدول شماره ی ۳۰- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و همراه با شیر مادر و بعد خانواده ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک		مصرف شیر خشک همراه شیر مادر		مصرف شیر خشک به تنهایی	
بعد خانوار	تک فرزندی	دو فرزندی	سه فرزندی و بیشتر	کل	Pvalue
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۹۵	۲۰/۱	۴۵	۹/۵		
۵۹	۱۷/۲	۲۱	۶/۱		
14	۱۸/۷	۳	۴		
۱۶۸	۱۸/۹	۶۹	۷/۷		
	۰/۵۶		۰/۰۸		

(Chi –Square Test)

ارتباط نوع شیر مصرفی و رتبه ی تولد بدین شرح بود که کودکانی که فرزند اول خانواده بودند ۲۰ % ، کودکانی که فرزند دوم خانواده بودند ۱۶/۹ % و کودکانی که فرزند سوم و بیشتر خانواده بودند ۱۸/۲ % شیر مادر به همراه شیر خشک استفاده کرده بودند که البته این رابطه معنی دار نبود. (P=0.547) (جدول شماره ی ۳۱)

همچنین کودکانی که فرزند اول خانواده بودند ۹/۵ % ، کودکانی که فرزند دوم خانواده بودند ۵/۵ % و کودکانی که فرزند سوم و بیشتر خانواده بودند ۳ % از شیر خشک به تنهایی استفاده کرده بودند که البته این رابطه معنی دار بود یعنی با افزایش رتبه ی تولد میزان مصرف شیر خشک به تنهایی کاهش می یابد. (P=0.040) (جدول شماره ی ۳۱)

جدول شماره ی ۳۱- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و همراه با شیر مادر و رتبه ی تولد کودک ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک		مصرف شیر خشک همراه شیر مادر		مصرف شیر خشک به تنهایی	
رتبه ی تولد کودک	تعداد	درصد	تعداد	درصد	درصد
	۱۰۷	۲۰	۵۱	۹/۵	
فرزند اول	۴۹	۱۶/۹	۱۶	۵/۵	
فرزند دوم	۱۲	۱۸/۲	۲	۳	
فرزند سوم و بیشتر	۱۶۸	۱۸/۹	۶۹	۷/۷	
کل	۰/۵۴		۰/۰۴		
Pvalue					

(Chi-Square Test)

طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر بر حسب رتبه ی تولد بدین صورت بود که در کودکانی که فرزند اول خانواده هستند ۱۶/۹ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۷/۹ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۵/۲ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. کودکان فرزند دوم خانواده ۱۲/۸ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۲/۷ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۴/۵ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. و کودکانی که فرزند سوم و یا بیشتر خانواده بودند ۱۳/۷ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۱/۸ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۴/۵ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. که البته این رابطه معنی دار نبود. (P=0.573) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر با رتبه ی تولد کودک بدین صورت بود که کودکانی که فرزند اول خانواده بودند ۱۱/۸ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۰/۳ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۸/۵ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۲۳ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده بودند و ۳۶/۴ % هنوز در حال شیر خوردن بودند. کودکانی که فرزند دوم خانواده بودند ۶/۹ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۷/۹ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۷/۲ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۲۲/۱ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۴۵/۹ % هنوز در حال شیر خوردن بودند. کودکانی که فرزند سوم و یا بیشتر خانواده بودند ۱۲/۱ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۳/۶ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۰/۶ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و

۲۵/۸ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیرمادر خورده اند و ۳۷/۹ % هنوز در حال شیر خوردن بودند که البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.096$) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط نوع شیر مصرفی با وضعیت اقتصادی خانواده بدین صورت بود که خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۱۶/۵ % ، خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۲۰/۶ % و خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون ۲۵/۶ % از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده می کردند یعنی با بهبود وضعیت اقتصادی میزان استفاده ی همزمان از شیر خشک و شیر مادر افزایش می یابد که این رابطه علی رغم جهت دار بودن معنی دار نبود. ($P=0.084$) (جدول شماره ی ۳۲)

همچنین میزان مصرف شیر خشک به تنهایی در خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۷ % ، در خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۹/۴ % و در خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون ۵/۸ % بود که این رابطه هم معنی دار نبود. ($P=0.367$) (جدول شماره ی ۳۲)

جدول شماره ی ۳۲ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و همراه با شیر مادر و میزان درآمد خانواده، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک		مصرف شیر خشک همراه با شیر مادر		مصرف شیر خشک به تنهایی	
درآمد خانواده		تعداد	درصد	تعداد	درصد
بیشتر از ۲ میلیون		۲۲	۲۵/۶	۵	۵/۸
۱ تا ۲ میلیون		۶۶	۲۰/۶	۳۰	۹/۴
کمتر از ۱ میلیون		۸۰	۱۶/۵	۳۴	۷
کل		۱۶۸	۱۸/۹	۶۹	۷/۷
Pvalue		۰/۰۸۴		۰/۳۶۷	

(Chi-Square Test)

ارتباط میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر با درآمد خانواده بدین شرح بود که خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۱۳/۲ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۰/۸ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۶ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند . خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۱۸/۴ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۷/۵ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۱/۴ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر

داشته اند و خانواده های با درآمد بیشتر از ۲ میلیون ۱۵/۱ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۲/۶ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۲/۳ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند. که البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.162$) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر با درآمد خانواده بدین صورت بود که در خانواده های با درآمد کمتر از ۱ میلیون ۹/۱ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۷/۸ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۵/۹ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۱ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۴۶/۲ % هنوز در حال شیر خوردن بودند. در خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون ۱۱/۳ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۳/۱ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۹/۷ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۳/۸ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده اند و ۳۲/۱ % هنوز در حال شیر خوردن بودند. در خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون ۱۲/۸ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۸/۱ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۸/۶ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۳۰/۲ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر شیر مادر خورده بودند و ۳۰/۳ درصد هنوز در حال شیر خوردن بودند. و البته این رابطه معنی دار بود بدین صورت که در بازه ی ۲۴ ماه و بیشتر با بهبود سطح اقتصادی خانواده میزان تغذیه با شیر مادر افزایش می یابد . ($p=0.003$) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط نوع شیر مصرفی و نوع زایمان مادر بدین صورت بود که مادرانی که زایمان طبیعی داشتند ۱۷ % و مادرانی که زایمان سزارین داشتند ۲۰ % از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده کرده بودند که البته این رابطه معنی دار نبود ($p=0.270$) (جدول شماره ی ۳۳).

همچنین مادرانی که زایمان طبیعی داشتند ۵/۵ % و مادرانی که زایمان سزارین داشتند ۹/۱ % از شیر خشک به تنهایی برای کودکان استفاده کرده بودند یعنی به طور معنی داری مادران با زایمان سزارین بیشتر از مادران با زایمان طبیعی از شیر خشک به تنهایی برای کودکان استفاده کرده بودند (جدول شماره ی ۳۳) ($P=0.050$)

جدول شماره ی ۳۳ - توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب مصرف شیر خشک به تنهایی و همراه با شیر مادر و نوع زایمان مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

مصرف شیر خشک	مصرف شیر خشک همراه شیر مادر		مصرف شیر خشک به تنهایی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
طبیعی	۵۶	۱۷	۱۸	۵/۵
سزارین	۱۱۲	۲۰	۵۱	۹/۱
کل	۱۶۸	۱۸/۹	۶۹	۷/۷
Pvalue	۰/۲۷۰		۰/۰۵۰	

(Chi-Square Test)

ارتباط طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و نوع زایمان مادر بدین صورت بود که مادران با زایمان طبیعی ۱۳/۷ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۸۰/۵ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۵/۸ % به مدت ۷ ماه و بیشتر و مادران با زایمان سزارین ۱۶/۲ % به مدت ۰ تا ۴ ماه ، ۷۹/۳ % به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۴/۵ % به مدت ۷ ماه و بیشتر تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشته اند . که البته این رابطه معنی دار نبود. (جدول شماره ی ۳۹) (P=0.439)

ارتباط طول مدت تغذیه با شیر مادر و نوع زایمان مادر بدین صورت بود که مادران با زایمان طبیعی ۷ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۱۱/۲ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۵/۵ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه ، ۲۶/۷ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر تحت تغذیه با شیر مادر بوده اند و ۳۹/۶ % هنوز در حال شیر خوردن هستند. مادران با زایمان سزارین ۱۲/۱ % کمتر از ۱۲ ماه ، ۸/۹ % به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه ، ۱۸/۷ % به مدت ۱۸/۱ تا ۲۳/۹ ماه و ۲۰/۷ % به مدت ۲۴ ماه و بیشتر تحت تغذیه با شیر مادر بوده اند و ۳۹/۶ % هنوز در حال شیر خوردن هستند که این نتایج نشان می دهد مادران با زایمان طبیعی به طور معنی داری در بازه ی ۲۴ ماه و بیشتر که زمان طولانی تری است بیشتر از مادران با زایمان سزارین به کودک خود شیر مادر داده اند. و مادران با زایمان سزارین به میزان بیشتری در بازه ی کمتر از ۱۲

ماه که زمان کمی است به کودک خود شیرمادر داده اند در نتیجه مادران با زایمان طبیعی شیردهی طولانی تری دارند. ($P=0.026$) (جدول شماره ی ۳۹)

ارتباط زمان شروع قطره ی آهن با رتبه ی تولد کودک بدین صورت بود که در کودکانی که فرزند اول بودن به طور متوسط در ۵/۹۲ ماهگی ، در کودکانی که فرزند دوم بودند در ۵/۸۹ ماهگی و در کودکانی که فرزند سوم و بالاتر بودن در ۵/۶ ماهگی قطره ی آهن شروع شده است که این نشان می دهد با افزایش رتبه ی تولد به طور معنی داری قطره ی آهن زودتر شروع می شود. ($P=0.030$) که براساس آزمون Post Hoc مشخص شد که این رابطه بدلیل تفاوت فرزند سوم و بیشتر با دو گروه دیگر است. (جدول شماره ی ۳۴)

جدول شماره ی ۳۴ - میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی آهن در کودکان مورد مطالعه بر حسب رتبه ی تولد ، مراکز و پایگاههای شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

رتبه ی تولد	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله ی اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
فرزند اول	۵۰۱	۵/۹۲	۰/۹۲۷	۵/۸۴	۶/۰۰
فرزند دوم	۲۵۶	۵/۸۹	۰/۷۰۵	۵/۸۰	۵/۹۷
فرزند سوم و بیشتر	۶۰	۵/۶۰	۱/۲۱۰	۵/۲۸	۵/۹۱
کل	۸۱۷	۵/۸۸	۰/۸۹۱	۵/۸۲	۵/۹۵

(ANOVA) ($P=0.030$)

ارتباط تحصیلات مادر با طول مدت استفاده از قطره ی آهن برای کودک اینگونه بود که با افزایش سطح تحصیلات به طور معنی داری مدت زمان مصرف قطره ی آهن افزایش می یافت بدین صورت که مادران بیسواد و با تحصیلات ابتدایی ، راهنمایی و متوسطه به طور میانگین ۱۳/۲۵ ماه ، مادران با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم ۱۴/۰۸ ماه و مادران با تحصیلات لیسانس و بالاتر ۱۵/۸۸ ماه از قطره ی آهن برای کودک خود استفاده کرده بودند ($P=0.014$). (جدول شماره ی ۳۵)

جدول شماره ی ۳۵ - میانگین و انحراف معیار طول مدت استفاده از قطره ی آهن در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

مدت مصرف قطره آهن (ماه)	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله ی اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیسواد تا متوسطه	۱۲۵	۱۳/۲۵	۶/۲۹	۱۲/۱۴	۱۴/۳۷
دیپلم و فوق دیپلم	۱۸۲	۱۴/۰۸	۶/۰۰	۱۳/۲۰	۱۴/۹۶
لیسانس و بالاتر	۷۲	۱۵/۸۸	۵/۷۲	۱۴/۵۴	۱۷/۲۳
کل	۳۷۹	۱۴/۱۵	۶/۱۰	۱۳/۵۳	۱۴/۷۷

(ANOVA) (P=0.014)

و بر اساس آزمون آماری Post Hoc مشخص شد این اختلاف بدلیل تفاوت گروه لیسانس و بالاتر با گروه بیسواد تا متوسطه است.

ارتباط تحصیلات مادر با مدت مصرف قطره ی مولتی ویتامین برای کودک بدین صورت بود که مادران بیسواد و ابتدایی به طور متوسط ۲۰/۶۰ ماه ، مادران با تحصیلات راهنمایی و متوسطه ۱۸/۱۰ ماه ، مادران با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم ۱۹/۲۰ ماه و مادران با تحصیلات لیسانس و بالاتر ۲۰/۵۶ ماه از قطره ی مولتی ویتامین برای کودکان استفاده کردند و البته این رابطه معنی دار نبود

(جدول شماره ی ۳۶) (P=0.134).

جدول شماره ی ۳۶ - میانگین و انحراف معیار طول مدت مصرف قطره ی مولتی ویتامین در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

مدت مصرف مولتی ویتامین (ماه)	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله ی اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
بیسواد و ابتدایی	۴۵	۲۰/۶۰	۶/۳۷	۱۸/۶۸	۲۲/۵۱
راهنمایی و متوسطه	۸۳	۱۸/۱۰	۸/۵۳	۱۶/۲۴	۱۹/۹۷
دیپلم و فوق دیپلم	۱۸۷	۱۹/۲۰	۷/۴۹	۱۸/۱۲	۲۰/۲۸
لیسانس و بالاتر	۷۵	۲۰/۵۶	۶/۶۲	۱۹/۰۳	۲۲/۰۸
کل	۳۹۰	۱۹/۳۹	۷/۴۷	۱۸/۶۴	۲۰/۱۳

(ANOVA) (P=0.134)

ارتباط زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین برای کودک و رتبه ی تولد کودک بدین صورت بود که به طور معنی داری در کودکانی که فرزند دوم خانواده ویا بیشتر بودند مولتی ویتامین زودتر شروع شده بود. کودکانی که فرزند اول خانواده بودند به طور متوسط در ۱/۳۴ ماهگی و کودکانی که فرزند دوم خانواده یا بیشتر بودند در ۱/۱۶ ماهگی مولتی ویتامین را شروع کرده بودند. (جدول شماره ی ۳۷)

جدول شماره ی ۳۷- میانگین و انحراف معیار زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین در کودکان مورد مطالعه بر حسب رتبه ی تولد کودک ، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ، سال ۱۳۹۳

زمان شروع مولتی ویتامین (ماه)	رتبه ی تولد کودک	تعداد	میانگین	انحراف معیار
فرزند اول		۵۱۰	۱/۳۴	۱/۱۶
فرزند دوم و بیشتر		۳۳۰	۱/۱۶	۰/۹۲

(T Test)(P=0.045)

ارتباط مدت زمان تغذیه با شیر مادر و تحصیلات مادر بدین صورت بود که مادران با تحصیلات ابتدایی و بیسواد به طور متوسط ۱۹/۲۹ ماه، مادران با تحصیلات متوسطه و راهنمایی ۱۸/۸۳ ماه، مادران با تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم ۲۰/۵۸ ماه و مادران با تحصیلات لیسانس و بالاتر ۲۰/۵۱ ماه با شیر مادر تغذیه شده بودند که البته این رابطه معنی دار نبود. ($P=0.127$) (جدول شماره ی ۳۸)

جدول شماره ی ۳۸ - میانگین و انحراف معیار طول مدت تغذیه با شیر مادر در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

مدت تغذیه با شیر مادر (ماه)	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ فاصله ی اطمینان	
				حد پایین	حد بالا
تحصیلات مادر					
بیسواد و ابتدایی	۵۷	۱۹/۲۹	۷/۴۶	۱۷/۳۱	۲۱/۲۷
راهنمایی و متوسطه	۹۴	۱۸/۸۳	۷/۰۵	۱۷/۳۸	۲۰/۲۷
دیپلم و فوق دیپلم	۲۲۵	۲۰/۵۸	۶/۲۳	۱۹/۷۶	۲۱/۴۰
لیسانس و بالاتر	۹۲	۲۰/۵۱	۶/۷۴	۱۹/۱۱	۲۱/۹۰
کل	۴۶۸	۲۰/۰۲	۶/۶۸	۱۹/۴۵	۲۰/۶۶

(ANOVA)($P=0.127$)

جدول شماره ی ۳۹- توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه با شیر مادر و مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و فاکتورهای اجتماعی اقتصادی خانوار، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

تغذیه با شیر مادر		مدت تغذیه با شیر مادر (ماه)							تغذیه انحصاری با شیر مادر (ماه)
		هنوز شیر میخورد	≥ 24 ماه	18/1-23/9 ماه	۱۲-۱۸ ماه	> 12 ماه	$>=7$ ماه	5-6 ماه	0-4 ماه
تحصیلات مادر	بیسواد و ابتدایی	۲۹/۵	۲۶/۱	۱۹/۳	۱۰/۲	۱۴/۸	۱۰/۲	۷۳/۹	۱۵/۹
	راهنمایی و متوسطه	۴۲/۹	۱۷/۳	۱۵/۷	۱۵/۲	۸/۹	۶/۳	۷۶/۸	۱۶/۹
	دیپلم و فوق دیپلم	۴۱/۴	۲۳/۶	۱۶/۷	۸	۱۰/۲	۳/۸	۸۱/۳	۱۴/۹
	لیسانس و بالاتر	۳۶/۲	۲۵/۸	۲۰/۹	۸	۹/۲	۳/۷	۸۲/۲	۱۴/۱
P		۰/۰۸۷							۰/۱۸۳
تحصیلات مادر	بیسواد و ابتدایی	۳۵/۶	۲۴/۴	۱۵/۶	۱۵/۶	۸/۹	۱۱/۱	۷۳/۳	۱۵/۶
	راهنمایی و متوسطه	۴۵	۱۴/۴	۱۷	۱۱/۸	۱۱/۸	۴/۸	۷۸/۱	۱۷/۱
	دیپلم و فوق دیپلم	۴۰/۸	۲۴/۶	۱۷/۲	۷/۴	۱۰	۳/۸	۸۱/۹	۱۴/۳

۱۵	۸۰/۴	۴/۶	۹/۲	۹/۸	۲۰/۳	۳۰/۱	۳۰/۷	لیسانس و بالاتر	تحصیلات پدر
۰/۱۴۳			۰/۰۱۶						P
۱۵/۲	۷۹/۶	۵/۲	۱۰/۷	۹/۷	۱۷	۲۲/۴	۴۰/۳	خانه دار	شغل مادر
۱۵/۸	۸۱	۳/۲	۶/۳	۱۰/۵	۲۲/۱	۲۷/۴	۳۳/۷	شاغل	
۰/۶۹۶			۰/۳۰۸						P
۱۵/۸	۷۹	۵/۲	۱۰/۳	۹/۷	۱۶/۷	۲۳	۴۰/۳	آزاد (کارگر، کشاورز، خدماتی، کاسب)	شغل پدر
۹/۳	۸۸	۲/۷	۹/۳	۱۰/۷	۲۶/۷	۲۱/۳	۳۲	سایر (بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی، بازنشسته)	
۰/۱۷۸			۰/۲۵۴						P
۱۳/۲	۸۰/۸	۶	۹/۱	۷/۸	۱۵/۹	۲۱	۴۶/۲	کمتر از ۱ میلیون	درآمد خانواده
۱۸/۴	۷۷/۵	۴/۱	۱۱/۳	۱۳/۱	۱۹/۷	۲۳/۸	۳۲/۱	۱ تا ۲ میلیون	
۱۵/۱	۸۲/۶	۲/۳	۱۲/۸	۸/۱	۱۸/۶	۳۰/۲	۳۰/۳	بیشتر از ۲ میلیون	
۰/۱۶۲			۰/۰۰۳						P
۱۳/۷	۸۰/۵	۵/۸	۷	۱۱/۲	۱۵/۵	۲۶/۷	۳۹/۶	طبیعی	نوع زایمان
۱۶/۲	۷۹/۳	۴/۵	۱۲/۱	۸/۹	۱۸/۷	۲۰/۷	۳۹/۶	سزارین	
۰/۴۳۹			۰/۰۲۶						P
۱۶/۹	۷۷/۹	۵/۲	۱۱/۸	۱۰/۳	۱۸/۵	۲۳	۳۶/۴	اول	رتبه ی تولد
۱۲/۸	۸۲/۷	۴/۵	۶/۹	۷/۹	۱۷/۲	۲۲/۱	۴۵/۹	دوم	
۱۳/۷	۸۱/۸	۴/۵	۱۲/۱	۱۳/۶	۱۰/۶	۲۵/۸	۳۷/۹	سوم و بیشتر	
۰/۵۷۹			۰/۰۹۶						P
۱۷/۲	۷۷/۷	۵/۱	۱۰/۸	۸/۵	۱۷/۶	۲۲/۲	۴۰/۹	۳ نفره	تعداد افراد خانواده
۱۲/۵	۸۳/۱	۴/۴	۸/۴	۹/۹	۱۹/۲	۲۳	۳۹/۵	۴ نفره	
۱۶	۷۷/۳	۶/۷	۱۴/۷	۱۷/۳	۹/۳	۲۶/۷	۳۲	۵ نفره و بیشتر	
۰/۳۷۰			۰/۱۰۶						P

بر اساس آنالیز Logistic Regression در مورد ارتباط طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر و فاکتورهای تحصیلات ، سن و شغل پدر و مادر،رتبه ی تولد، تعداد افراد و درآمد خانواده ، نوع زایمان مادر و با برنامه یا نا خواسته بودن کودک نتایج بدین صورت بود که در میان کودکان مورد مطالعه آنهایی که حاصل زایمان طبیعی بودند ۲/۳ برابر بیشتر از گروه کودکان حاصل از زایمان سزارین شانس تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر داشتند. ($P=0.003$)

همچنین گروه کودکانی که شغل پدرانشان در گروه سایر قرار داشت (شامل مشاغل :بهداشتی درمانی ، فرهنگی ونظامی و باز نشستگان) ۴/۷ برابر بیشتر از گروه کودکان با پدران با مشاغل آزاد (شامل : کارگر، کشاورز ، مشاغل خدماتی) شانس تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر داشتند. ($P=0.035$) (جدول شماره ی ۴۰)

جدول شماره ی ۴۰ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر و شاخص های اجتماعی اقتصادی خانوار ،مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین ،سال ۱۳۹۳

تغذیه ی انحصاری با شیر مادر (ماه) به مدت ≥ 4		Pvalue	OR	95%CI	تعداد	درصد	تغذیه ی انحصاری با شیر مادر	
							فاکتورهای اجتماعی اقتصادی	
		۰/۴۰۲					تحصیلات مادر	
		۰/۱۹۹	۲/۱۱	۰/۶۷-۶/۶۶	۷۸	۹/۸	بیسواد و ابتدایی	
		۰/۱۰۵	۲/۲۲	۰/۸۴-۵/۸۶	۱۶۷	۲۰/۹	راهنمایی و متوسطه	
		۰/۳۳۸	۱/۴۶	۰/۶۷-۳/۱۸	۴۰۶	۵۰/۸	دبیلیم و فوق دبیلیم	
					۱۴۹	۱۸/۶	لیسانس و بالاتر	
		۰/۸۸۹					تحصیلات پدر	
		۰/۸۰۶	۰/۸۷۲	۰/۲۹۰-۲/۶۱	۸۱	۱۰/۱	بیسواد و ابتدایی	
		۰/۹۸۵	۱/۰۰۸	۰/۴۲۰-۲/۴۱	۲۰۱	۲۵/۱	راهنمایی و متوسطه	
		۰/۶۰۴	۰/۸۲۴	۰/۳۹-۱/۷۱	۳۸۰	۴۷/۵	دبیلیم و فوق دبیلیم	
					۱۳۸	۱۷/۳	لیسانس و بالاتر	
		۰/۹۸	۰/۹۹	۰/۴۰-۲/۴۵	۷۱۴	۸۹/۳	خانه دار	
					۸۶	۱۰/۸	شاغل	
		۰/۰۳۵	۴/۷۴	۱/۱۱-۲۰/۲۱	۷۳	۹/۱	سایر (بهداشتی درمانی ، فرهنگی،نظامی ،بازنشسته)	
					۷۲۷	۹۰/۹	آزاد (کارگر،کاسب،خدماتی)	

تعداد افراد خانواده					
۳ نفره	۴۱۴	۵۱/۸	۰/۹۵۱	۱/۰۶	۰/۱۵-۷/۴۸
۴ نفره	۳۱۹	۳۹/۹	۰/۷۹۰	۰/۷۷	۰/۱۲-۴/۹۹
۵ نفره و بیشتر	۶۷	۸/۴			
درآمد خانواده					
< ۴ میلیون	۶	۰/۸	۰/۱۴	۳/۶۸	۰/۶۳-۲۱/۳۶
۲ تا ۴ میلیون	۷۰	۸/۸	۰/۶۲	۱/۲۵	۰/۵۰-۳/۰۷
۱ تا ۲ میلیون	۲۸۶	۳۵/۸	۰/۴۴	۱/۲۲	۰/۷۲-۲/۰۶
> ۱ میلیون	۴۳۸	۵۴/۸			
نوع زایمان مادر					
طبیعی	۳۰۷	۳۸/۴	۰/۰۰۳	۲/۳۰	۱/۳۳-۳/۹۵
سزارین	۴۹۳	۶۱/۶			
با برنامه یا نا خواسته بودن کودک					
نا خواسته	۱۸۷	۲۳/۴	۰/۷۷	۰/۹۱	۱/۳۳-۳/۹۵
با برنامه	۶۱۳	۷۶/۶			
رتبه ی تولد کودک					
فرزند اول	۴۷۱	۵۸/۹	۰/۷۱	۱/۴۷	۰/۱۸-۱۱/۹۰
فرزند دوم	۲۷۰	۳۳/۸	۰/۸۳	۰/۸۱	۰/۱۱-۶/۰۲
فرزند سوم و بیشتر	۵۹	۷/۴			
سن مادر					
=> ۲۴	۱۴۸	۱۸/۵	۰/۶۹	۱/۲۱	۰/۴۵-۳/۲۸
۲۵-۳۴	۵۱۸	۶۴/۸	۰/۷۸	۱/۱۱	۰/۵۲-۲/۳۶
=< ۳۵	۱۳۴	۱۶/۸			

در این جدول گروهی که مقابلش Pvalue, OR & 95% CI نوشته نشده است به عنوان گروه reference در نظر گرفته شده است و سایر گروهها با گروه reference مقایسه می شوند

نتایج حاصل از آنالیز Logistic Regression در مورد تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه با شاخص های اجتماعی اقتصادی خانواده ها (جدول شماره ی ۴۱) بدین صورت بود که کودکان خانواده هایی که درآمد کمتر از ۱ میلیون داشتند ۳/۰۴ برابر بیشتر از کودکان خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه را داشتند ($P=0.000$).

همچنین کودکان خانواده های با درآمد ۱ تا ۲ میلیون هم ۱/۶۹ برابر بیشتر از خانواده های با درآمد بیش از ۲ میلیون شانس تغذیه ی انحصاری با شیر مادر برای ۶ ماه را داشتند. ($P=0.002$)

همچنین کودکانی که فرزند اول خانواده بودند ۷/۹ برابر نسبت به کودکان فرزند سوم و بیشتر شانس بیشتری برای تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه را داشتند ($P=0.004$).

و کودکانی که فرزند دوم خانواده بودند هم نسبت به کودکان فرزند سوم و بیشتر ۴/۹ برابر شانس بیشتری برای تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه را داشتند ($P=0.018$).

جدول شماره ی ۴۱ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه و شاخص های اجتماعی اقتصادی خانوار، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه			درصد	تعداد	تغذیه ی انحصاری با شیر مادر	
95%CI	OR	Pvalue			فاکتورهای اجتماعی اقتصادی	
		۰/۱۲۸				تحصیلات مادر
۰/۹۶-۳/۹۱	۱/۹۴	۰/۰۶۱	۹/۲	۵۰	بیسواد و ابتدایی	
۰/۹۶-۰/۱۳	۱/۷۴	۰/۰۶۶	۲۰/۲	۱۱۰	راهنمایی و متوسطه	
۰/۷۴-۱/۸۹	۱/۱۹	۰/۴۶	۵۲/۸	۲۸۷	دیپلم و فوق دیپلم	
			۱۷/۸	۹۷	لیسانس و بالاتر	
		۰/۳۳				تحصیلات پدر
۰/۹۲-۳/۵۸	۱/۸۲	۰/۰۸	۹/۶	۵۲	بیسواد و ابتدایی	
۰/۸۸-۲/۶۲	۱/۵۲	۰/۱۳	۲۴/۸	۱۳۵	راهنمایی و متوسطه	
۰/۸۰-۱/۹۶	۱/۲۵	۰/۳۱	۴۸/۲	۲۶۲	دیپلم و فوق دیپلم	
			۱۷/۵	۹۵	لیسانس و بالاتر	
۰/۴۵-۱/۳۴	۰/۷۵	۰/۵۸	۹۰/۶	۴۹۳	خانه دار	شغل مادر

			۹/۴	۵۱	شاغل	
۰/۵۳-۱/۵۰	۰/۸۹	۰/۶۶	۸/۸	۴۸	سایر (بهداشتی درمانی ، فرهنگی، نظامی، بازنشسته)	شغل پدر
			۹۱/۲	۴۹۶	آزاد (کارگر ،کشاورز، کاسب ،خدماتی)	
		۰/۱۹				تعداد افراد خانواده
۰/۰۸-۱/۰۹	۰/۲۹	۰/۰۶۹	۵۱/۵	۲۸۰	۳ نفره	
۰/۱۰-۱/۲۰	۰/۳۵	۰/۰۹۷	۳۹/۵	۲۱۵	۴ نفره	
			۹	۴۹	۵ نفره و بیشتر	
		۰/۰۰۰				درآمد خانواده
			۷/۲	۳۹	<۲ میلیون	
۱/۲۲-۲/۳۴	۱/۶۹	۰/۰۰۲	۳۴	۱۸۵	۱ تا ۲ میلیون	
۱/۷۸-۵/۲۰	۳/۰۴	۰/۰۰۰	۵۸/۸	۳۲۰	>۱ میلیون	
۰/۵۸-۱/۰۸	۰/۷۹	۰/۱۴۳	۳۸/۸	۲۱۱	طبیعی	نوع زایمان
			۶۱/۲	۳۳۳	سزارین	مادر
۰/۶۷-۱/۳۷	۰/۹۶	۰/۸۴	۶۳/۹	۱۳۱	نا خواسته	کودک ناخواسته
			۶۰/۳	۴۱۳	با برنامه	یا با برنامه
		۰/۰۱۳				رتبه ی تولد کودک
۱/۹۲-۳۲/۸۸	۷/۹۴	۰/۰۰۴	۵۷/۵	۳۱۳	فرزند اول	
۱/۳۰-۱۸/۴۲	۴/۹۱	۰/۰۱۸	۳۳/۸	۱۸۴	فرزند دوم	
			۸/۶	۴۷	فرزند سوم و بیشتر	
		۰/۸۵				سن مادر
۰/۵۱-۱/۵۳	۰/۸۸	۰/۶۶	۱۸/۴	۱۰۰	=>۲۴	
۰/۵۷-۱/۳۶	۰/۸۸	۰/۵۸	۶۵/۱	۳۵۴	۲۵-۳۴	
			۱۶/۵	۹۰	=<۳۵	

در این جدول گروهی که مقابلش Pvalue , OR & 95% CI نوشته نشده است به عنوان گروه
reference در نظر گرفته شده است و سایر گروهها با گروه reference مقایسه می شوند

نتایج حاصل از Logistic regression در مورد طول مدت تغذیه با شیر مادر با فاکتور های اجتماعی اقتصادی شامل شغل و تحصیلات پدر و مادر ، سن مادر ، درآمد خانواده ، تعداد افراد خانواده ، رتبه ی تولد کودک ، نوع زایمان مادر و ناخواسته یا با برنامه بودن کودک (جدول شماره ی ۴۲) نشان داد که کودکانی که فرزند اول خانواده بودند نسبت به کودکانی که فرزند سوم و یا بیشتر خانواده بودند ۱۴/۹ برابر بیشتر شانس تغذیه با شیر مادر به مدت ۱۲ تا ۲۴ ماه را دارا هستند ($P=0.001$).

همچنین فرزندان در خانواده های ۴ نفره نسبت به خانواده های ۳ نفره (تک فرزندی) ۱/۸ برابر شانس بیشتری برای تغذیه با شیر مادر به مدت کمتر از ۱۲ ماه دارد ($P=0.046$).

و فرزندان در خانواده های ۵ نفره یا بیشتر نسبت به خانواده های ۳ نفره (تک فرزندی) ۱۳/۶ برابر بیشتر شانس تغذیه با شیر مادر به مدت کمتر از ۱۲ ماه دارد ($P=0.000$).

جدول شماره ی ۴۲ – توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب طول مدت تغذیه با شیر مادر به مدت ۱۲ تا ۲۴ ماه و شاخص های اجتماعی اقتصادی خانوار، مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین، سال ۱۳۹۳

تغذیه با شیر مادر			درصد	تعداد	فاکتورهای اجتماعی اقتصادی
95% CI	OR	Pvalue			
		۰/۳۴			تحصیلات مادر
۰/۷۳-۴/۶۸	۱/۸۴	۰/۱۹	۹/۴	۷۲	بیسواد و ابتدایی
۰/۳۹-۲/۰۸	۰/۹۱	۰/۸۲	۲۲/۴	۱۷۱	راهنمایی و متوسطه
۰/۵۸-۱/۹۴	۱/۰۶	۰/۸۳	۵۰/۵	۳۸۵	دیپلم و فوق دیپلم
			۱۷/۶	۱۳۴	لیسانس و بالاتر
		۰/۸۱			تحصیلات پدر
۰/۲۵-۱/۹۵	۰/۷۱	۰/۵۰	۱۰/۶	۸۱	بیسواد و ابتدایی
۰/۵۰-۲/۲۱	۱/۰۵	۰/۸۸	۲۶	۱۹۸	راهنمایی و متوسطه
۰/۵۸-۱/۸۹	۱/۰۵	۰/۸۵	۴۶/۷	۳۵۶	دیپلم و فوق دیپلم
			۱۶/۷	۱۲۷	لیسانس و بالاتر
۰/۵۹-۲/۴۹	۱/۲۱	۰/۵۹	۸۹/۶	۶۸۳	خانه دار
			۱۰/۴	۷۹	شاغل
۰/۴۰-۱/۷۵	۰/۸۴	۰/۶۵	۸/۵	۶۵	سایر (بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی، بازنشسته)
			۹۱/۵	۶۹۷	آزاد (کشاورز، کارگر، خدماتی، کاسب)
		۰/۰۰۱			تعداد افراد

خانواده	۳ نفره	۳۹۹	۵۲/۴			
	۴ نفره	۳۰۴	۳۹/۹	۰/۰۴۶	۱/۸۸	۱/۱۰-۳/۵۰
	۵ نفره و بیشتر	۵۹	۷/۷	۰/۰۰۰	۱۳/۶۴	۳/۲۷-۵۶/۸۷
درآمد خانواده				۰/۰۵۷		
	< ۲ میلیون	۶۹	۹/۱	۰/۰۵۲	۱/۹۹	۰/۹۹-۳/۹۹
	۱ تا ۲ میلیون	۲۶۱	۴۳/۳	۰/۰۳۶	۱/۶۱	۱/۰۳-۲/۵۳
	> ۱ میلیون	۴۳۲	۵۶/۷			
نوع زایمان	طبیعی	۲۹۳	۳۸/۵	۰/۰۵۸	۱/۵۳	۰/۹۸-۲/۴۰
	سزارین	۴۶۹	۶۱/۵			
کودک بابرنامه یا ناخواسته	نا خواسته	۱۷۸	۲۳/۱	۰/۷۲	۱/۰۹	۰/۶۶-۱/۷۹
	با برنامه	۵۸۶	۷۶/۹			
رتبه ی تولد				۰/۰۰۰		
	فرزند اول	۴۴۴	۵۸/۳	۰/۰۰۱	۱۴/۹۴	۳/۰۲-۷۳/۹۳
	فرزند دوم	۲۶۳	۳۴/۵	۰/۰۷۸	۳/۶۷	۰/۸۶-۱۵/۵۹
	فرزند سوم یا بیشتر	۵۵	۷/۲			
سن مادر				۰/۵۵		
	>= ۲۴	۱۴۷	۱۹/۳	۰/۲۸	۰/۶۵	۰/۳۰-۱/۴۱
	۲۵-۳۴	۴۹۱	۶۴/۴	۰/۴۰	۰/۷۸	۰/۴۳-۱/۱۰
	<= ۳۵	۱۲۴	۱۶/۳			

در این جدول گروهی که مقابلش OR & 95% CI , Pvalue نوشته نشده است به عنوان گروه reference در نظر گرفته شده است و سایر گروهها با گروه reference مقایسه می شوند

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

بحث و نتیجه گیری

شیر مادر بهترین تغذیه برای رشد و تکامل شیر خوار است و تاثیر بیولوژیک و عاطفی منحصر به فردی در سلامت مادر و شیر خوار دارد (۶۴) تغذیه با شیر مادر قسمت کلیدی برنامه ی سلامتی شیر خواران است (۶۵) الگوی تغذیه ای نا مناسب و مصرف مواد غذایی بی ارزش در شیرخواران یکی از مشکلات بزرگ و جدی است که مانع از تکامل اجتماعی و اقتصادی می شود (۶۳)

این مطالعه بر روی ۸۹۱ کودک ۱۲ تا ۶۰ ماهه ی شهر قزوین انجام شده است که متشکل از ۴۸۰ (۵۳/۹ %) پسر و ۴۱۱ (۴۶/۱ %) دختر بوده است .

محدوده ی وزن بدو تولد کودکان مورد مطالعه از ۲/۵ تا ۴/۶ کیلوگرم بود که از این میان ۲۰/۴ % کمتر از ۲/۸۰۰ ، ۵۷/۸ % بین ۲/۸۰۱ تا ۳/۵۰۰ و ۲۱/۸ % بیش از ۳/۵۰۰ کیلوگرم بودند که این میزان در مطالعه ی محمد رضا وفا و همکاران چنین بود: ۱۵/۹ % کمتر از ۲/۸۰۰ ، ۶۵/۵ % بین ۲/۸۰۱ تا ۳/۵۰۰ و ۱۸/۶ % بیش از ۳/۵۰۰ که تقریباً مشابه مطالعه ی ما بود (۵۰).

میانگین وزن بدو تولد کودکان ما ۳/۲۱ کیلوگرم بود . میانگین قد بدو تولد کودکان مطالعه ی ما ۴۹/۸۶ سانتی متر بود و میانگین دور سر بدو تولد ۳۴/۸۳ سانتیمتر بود . در مطالعه ی وفایی و همکاران میانگین وزن بدو تولد ۳/۱۹ کیلوگرم و میانگین قد بدو تولد ۴۹/۷ سانتی متر بود که بسیار مشابه مطالعه ی ما بود (۵۶) .

میانگین سنی مادران مطالعه ی ما ۲۹/۱۸ سال بود که این میزان در مطالعه ی عبدی نیا ۲۸/۵۴ سال بود (۶۱) و در مطالعه ی آقابابایی و همکاران ۲۶/۷ سال بود (۵۷) و در مطالعه ی کمالی و همکاران ۲۸/۹ سال بود (۶۲) که نشان می دهد میانگین سنی مادران مطالعه ی ما از مطالعات مذکور کمی بیشتر است و این مطلب نشانگر بالاتر رفتن سن باروری در مادران است که مطابق با شرایط فرهنگی جامعه است .

از مجموع مادران مطالعه ی ما ۸۹/۳ % خانه دار و ۱۰/۷ % شاغل بودند. در مطالعه ی آقابابایی و همکاران (۵۷) ۸۸/۳ % خانه دار و ۱۱/۷ % شاغل بودند که نز دیک به مطالعه ی ما بود. و در

مطالعه ی کمالی و همکاران (۶۲) میزان مادران شاغل بیشتر بود، ۱۹/۷ % از مادران شاغل و ۸۰/۳ % خانه دار بودند.

تحصیلات مادران مطالعه ی ما ۹/۹ % بیسواد و ابتدایی بودند ، ۲۱/۴ % راهنمایی و متوسطه ، ۵۰/۴ % دیپلم و فوق دیپلم و ۱۸/۳ % لیسانس و بالاتر بودند. در حالیکه در مطالعه ی محمدرضا وفا و همکاران (۵۰) ۱۰ % بیسواد و ابتدایی بودند، ۷۱ % تحصیلات راهنمایی تا دیپلم داشتند و ۱۹ % تحصیلات دانشگاهی داشتند. در مطالعه ی معصومه سعیدی و همکاران (۵۳) تحصیلات ۱۵/۳ % از مادران بیسواد و ابتدایی بود ، ۶۶/۳ % راهنمایی تا متوسطه بودند و ۱۸/۳ % تحصیلات دانشگاهی داشتند . در مطالعه ی عبدی نیا و همکاران (۶۱) ۲/۶۲ % بیسواد بودند ، ۷۳/۱۱ % تحصیلات ابتدایی تا دیپلم داشتند و ۲۴/۲۷ % تحصیلات دانشگاهی داشتند که نشان می دهد با توجه به عدم مطابقت کامل دسته بندی تحصیلات ولی حدود سطح تحصیلات مادران در مطالعات فوق مشابه می باشد .

در مطالعه ی M Rasanen و همکاران (۳۳) تحصیلات ۴۵ % از مادران کمتر از دبیرستان و ۵۰ % دبیرستان و بالاتر بود. در مطالعه ی Erkkola و همکاران (۴۰) هم ۴۳ % از مادران کمتر از دبیرستان و ۵۳ % تحصیلات دبیرستان و بالاتر داشتند. در مطالعه ی Kristiansen و همکاران (۱) ۴ % ابتدایی و راهنمایی ، ۲۹ % دبیرستان و ۶۷ % تحصیلات دانشگاهی داشتند که نشان می دهد سطح تحصیلات در مطالعات M Rasanen و Erkkola مشابه مطالعه ی ما بود ولی در مطالعه ی Kristiansen میزان تحصیلات دانشگاهی خیلی بیشتر از مطالعه ی ما بود .

تحصیلات پدران مطالعه ی ما ۱۰/۱ % بیسواد و ابتدایی ، ۲۵/۷ % راهنمایی و متوسطه ، ۴۷ % دیپلم و فوق دیپلم و ۱۷/۲ % لیسانس و بالاتر بودند در حالیکه در مطالعه ی محمد رضا وفا و همکاران (۵۰) ۱۰/۲ % بیسواد و ابتدایی و ۶۰/۲ % راهنمایی تا دیپلم بودند و ۲۹/۶ % تحصیلات دانشگاهی داشتند که مشابه مطالعه ی ما بود.

در مطالعه ی ما ۵۳ % خانواده ها تک فرزندی بودند. ۳۸/۶ % دارای دو فرزند و ۸/۴ % دارای سه فرزند و بیشتر بودند که این میزان در مطالعه ی سعیدی و همکاران (۵۳) به ترتیب ۴۵/۷ % ، ۴۶ % و ۸/۴ % بود. در مطالعه ی M Rasanen و همکاران (۳۳) در فنلاند ۳۵ % خانواده ها تک فرزندی ، ۳۲ % دو فرزندی و ۲۸ % دارای سه فرزند و بیشتر بودند با توجه به بیشتر بودن میزان تک فرزندی

در مطالعه‌ی ما نسبت به دو مطالعه‌ی دیگر نشان می‌دهد تمایل مادران به داشتن فرزند کمتر در حال افزایش است.

در مطالعه‌ی ما ۵۴/۴٪ از خانواده‌ها درآمد کمتر از ۱ میلیون داشتند. ۳۵/۹٪ درآمد ۱ تا ۲ میلیون و ۹/۷٪ درآمد بالای دو میلیون داشتند. در مطالعه‌ی سعیدی و همکاران (۵۳) ۱۳/۷٪ درآمد کم، ۸۲/۷٪ درآمد متوسط و ۳/۷٪ درآمد خوب داشتند. در مطالعه‌ی وقاری و همکاران (۶۰) ۲۳/۲٪ درآمد کم، ۶۱٪ درآمد متوسط و ۱۵/۸٪ درآمد بالا داشتند که نشان می‌دهد در مطالعه‌ی ما میزان درآمد کم بیشتر از دو مطالعه‌ی دیگر بوده است که البته این می‌تواند بدین دلیل باشد که دو مطالعه‌ی دیگر توصیف کیفی از درآمد داشته‌اند و مطالعه‌ی ما به صورت کمی درآمد را مشخص کرده است.

در مطالعه‌ی ما ۳۷٪ کودکان حاصل زایمان طبیعی و ۶۳٪ حاصل زایمان سزارین بودند. در حالیکه در مطالعه‌ی آقابابایی و همکاران (۵۷) ۶۲٪ حاصل زایمان طبیعی بودند که تقریباً مغایر با نتایج ما بود. در مطالعه‌ی کمالی و همکاران (۶۲) همانند مطالعه‌ی ما ۷۲٪ حاصل زایمان سزارین و ۲۸٪ حاصل زایمان طبیعی بودند. در مطالعه‌ی Erkkola و همکاران (۴۰) در فنلاند میزان زایمان سزارین ۱۳٪ و زایمان طبیعی ۸۷٪ بود. در مطالعه‌ی Colaizy و همکاران (۴۶) در آمریکا میزان زایمان سزارین ۲۳/۶٪ و زایمان طبیعی ۶۴/۴٪ بود که نشان می‌دهد در اروپا و آمریکا میزان زایمان طبیعی خیلی بیشتر از کشور ماست که دلیل این مطلب علاوه بر متفاوت بودن شرایط آناتومیک کم بودن آموزش مزایای زایمان طبیعی در کشور ما می‌باشد.

مدت تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در مطالعه‌ی ما ۱۵/۳٪ به مدت ۰ تا ۴ ماه، ۷۹/۸٪ به مدت ۵ تا ۶ ماه و ۴/۹٪ به مدت ۷ ماه و بالاتر بود.

در مطالعه‌ی محمد رضا وفا و همکاران (۵۰) در تهران در سال ۲۰۰۸، ۱۸/۹٪ کمتر از ۱ ماه، ۱۸/۳٪ به مدت ۱ تا ۴ ماه و ۶۲/۸٪ بیشتر از ۴ ماه تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر داشته‌اند. که این مقادیر در مطالعه‌ی ما به ترتیب ۴/۷٪، ۱۰/۶٪ و ۸۴/۶٪ که نشان می‌دهد در مطالعه‌ی ما میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر مناسب‌تر بوده است.

تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در مطالعه‌ی فریور و همکاران (۵۵) در سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶ در تبریز در مناطق روستایی ۵۶/۸٪ تا ۴ ماهگی و ۲۷/۷٪ تا ۶ ماهگی و در مناطق شهری ۵۶٪ تا ۴

ماهگی و ۲۷٪ تا ۶ ماهگی بوده است. در مطالعه‌ی ما تا ۴ ماهگی ۹۰/۹٪ و تا ۶ ماهگی ۶۶/۱٪ تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر داشته‌اند که از مطالعه‌ی مذکور بیشتر است.

در مطالعه‌ی وفایی و همکاران (۵۶) که در مشهد در سال ۲۰۰۷ انجام شد میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر ۹۱/۴٪ تا ۴ ماهگی و ۵۶/۴٪ تا ۶ ماهگی بود که تقریباً مشابه مطالعه‌ی ما بود.

در مطالعه‌ی آقابابایی و همکاران (۵۷) که در همدان صورت گرفت میزان تغذیه‌ی انحصاری تا ۱ ماهگی ۹۳٪ و تا ۶ ماهگی ۶۸٪ بود در مطالعه‌ی ما این مقادیر به ترتیب ۹۷/۴٪ و ۶۶/۱٪ بود که مشابه مطالعه‌ی ما بود.

در مطالعه‌ی کمالی و همکاران (۶۲) که در سال ۱۳۸۷ در تهران انجام شد میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر تا ۴ ماه ۷۵/۷٪ و تا ۶ ماهگی ۲۷/۴٪ بود که کمتر از مطالعه‌ی ما بود.

در مطالعه‌ی هادی بیگی و همکاران (۶۶) که در شهر قزوین در سال ۹۱ انجام گرفت میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر ۶۱/۵٪ در ۶ ماهگی بود که این میزان در مطالعه‌ی ما ۶۱/۱٪ و مشابه مطالعه‌ی خانم هادی بیگی بود.

در مطالعه‌ی Radhakrishnan که در سال ۲۰۱۱ در تامیل نادا در هند (۶۳) انجام شد میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر ۹/۳٪ به مدت ۰ تا ۱ ماهگی، ۲۱/۹٪ به مدت ۲ تا ۴ ماه و ۳۴٪ بیشتر و مساوی ۵ ماه بود. در مطالعه‌ی medhi et al. که در شمال هند انجام شد میزان تغذیه‌ی انحصاری در شمال هند ۶۹/۳۵٪ بود (۷۱) و در مطالعه‌ی C.R.Banapurmath et al. در هند هم ۷۳٪ در ۰-۳ ماهگی و ۶۰٪ در ۴ تا ۶ ماهگی تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر داشته‌اند (۷۲). در مطالعه‌ی Arun Gupta و همکاران در هند ۵۴٪ در ۰ تا ۳ ماهگی و ۲۶٪ در ۴ تا ۶ ماهگی تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر داشتند. (۷۳) که در مجموع میزان تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در کشور هند کمتر از مطالعه‌ی ما است.

در مطالعه‌ی Vossenaar و همکاران (۸) که در گواته‌مالا انجام شد تنها ۱۴٪ برای ۵ ماه و ۹٪ برای ۶ ماه تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر داشته‌اند که نشانگر میزان نا مطلوب تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر در این کشور است.

در مطالعه ی Senarath و همکاران (۴۲) در سال ۲۰۰۳ در Timor-leste (در جنوب شرقی آسیا) انجام شد میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در سنین کمتر از ۶ ماه ۲۹/۹ % بود که بسیار پایین تر از توصیه ی سازمان جهانی بهداشت می باشد.

در مطالعه ی Hunsberger و همکاران (۱۴) که در ۸ کشور اروپایی انجام گرفت میانگین مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر ۳/۲ ماه بود که بیشترین مقدار برای مجارستان با ۳/۹ ماه و کمترین مقدار برای بلژیک با ۱/۷ ماه بود در مطالعه ی ما این میزان ۵/۳۵ ماه بود .

در مطالعه ی Kristiansen و همکاران که در سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۷ در نروژ (۱) انجام شد میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در یک هفته ی اول پس از تولد ۹۲ % ، در یک ماهگی ۸۴ % ، در ۳ ماهگی ۶۵ % ، در ۴ ماهگی ۴۸ % و در ۵/۵ ماهگی ۱۳ % بود که میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در این مطالعه کمتر از مطالعه ی ما بود.

در مطالعه ی Erkkola و همکاران در فنلاند (۴۰) میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در فنلاند در ۱ ماهگی ۵۶ % ، در ۳ ماهگی ۳۲ % ، در ۴ ماهگی ۲۰ % در ۶ ماهگی ۱ % بود این مقادیر در مطالعه ی ما به ترتیب ۹۷/۴ % ، ۹۲/۷ % ، ۸۹/۹ % و ۶۶/۱ % بود و نشان می دهد میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در مطالعه ی ما خیلی بیشتر از مطالعه ی Erkkola و همکارانش می باشد .

در مطالعه ی Oakley و همکاران در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰ در انگلستان (۱۲) میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در ۸-۶ هفته ۳۲ % بود که در مجموع نشان می دهد در کشورهای اروپایی میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر کمتر از مطالعه حاضر می باشد.

از مجموع مطالعات فوق چنین بر می آید که میزان تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در مطالعه ی ما مطلوب است و به هدف جامعه ی سالم سازمان جهانی بهداشت (۶۷) (Healthy people 2010) که افزایش نسبت زنانی که شیردهی را آغاز میکنند و زنانی که شیردهی را تا ۶ ماهگی ادامه می دهند به ترتیب ۷۵ و ۵۰ درصد دست یافته ایم (۶۷). راهنمای تغذیه ی شیرخوران WHO پیشنهاد تغذیه ی انحصاری با شیر مادر را برای ۶ ماه جهت رسیدن به حد مطلوب رشد، تکامل و سلامت می داند (۶۸) تخمین زده می شود ۱۰ تا ۱۵ % از مرگ دوران کودکی در کشورهای فقیر را تنها با دستیابی به تغذیه ی انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی می شود جلوگیری کرد. (۶۹)

از مجموع کودکان مطالعه‌ی ما ۲/۲ % اصلاً شیر مادر نخورده‌اند ۶/۳ % به مدت ۱ تا ۶ ماه، ۲/۸ % به مدت ۷ تا ۱۲ ماه، ۸/۷ % به مدت ۱۳ تا ۱۸ ماه، ۱۷/۵ % به مدت ۱۹ تا ۲۳ ماه، ۱۸/۶ % به مدت ۲۴ ماه، ۴/۳ % بیش از ۲۴ ماه شیر مادر خورده بودند و ۳۹/۶ % هنوز در حال تغذیه با شیر مادر بودند. و میانگین طول مدت تغذیه با شیر مادر ۱۸/۷۲ ماه بود.

در مطالعه‌ی Oakley در انگلستان (۱۲) در سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۱ میزان شیردهی در ۶ تا ۸ هفته ۴۵ % بود. که این میزان در مطالعه‌ی ما ۹۴/۲ % بود.

در مطالعه‌ی Erokkola در فنلاند (۴۰) میزان شیردهی در ۴ ماهگی ۷۲ %، در ۶ ماهگی ۵۸ % و در پایان ۱ سالگی ۱۸ % بود که این مقادیر در مطالعه‌ی ما بسیار بیشتر و به ترتیب ۹۳/۹ %، ۹۲/۵ % و ۸۹/۷ % بود.

در مطالعه‌ی Kristiansen در نروژ (۱) در سال ۲۰۰۶-۲۰۰۷ میزان تغذیه با شیر مادر ۹۶ % در یک ماهگی، ۸۲ % در ۶ ماهگی و ۴۶ % در ۱۲ ماهگی بود در مطالعه‌ی ما این مقادیر به ترتیب ۹۷/۸، ۹۲/۵ و ۸۹/۸ درصد بود.

در مطالعه‌ی Griffiths (۴۱) که در سالهای ۲۰۰۰-۲۰۰۲ در کشورهای UK انجام شد ۷۰ % از مادران کودک خود را شیر مادر می‌دادند که ۶۲ % آنها قبل از ۴ ماهگی شیردهی را قطع کردند. میانگین قطع شیردهی در اسکاتلند ۱۴ هفته، در انگلستان ۱۳ هفته، در مجارستان ۱۰ هفته و در ایرلند شمالی ۶ هفته بود که بسیار کمتر از مطالعه‌ی ما بود.

در مطالعه‌ی KohiHuber (۱۳) در سال ۲۰۰۵ در آلمان میزان شیردهی در ۲ ماهگی ۷۰ %، در ۴ ماهگی ۶۱ % و در ۶ ماهگی ۵۲ % بود در مطالعه‌ی ما این مقادیر به ترتیب ۹۶/۴، ۹۳/۹ و ۹۲/۵ درصد بود که نشان می‌دهد میزان شیردهی در آلمان کمتر از مطالعه‌ی ما می‌باشد.

در مطالعه‌ی Colazy (۴۶) در سال ۲۰۰۰-۲۰۰۳ در آمریکا میزان شیردهی برای ۴ هفته ۵۲ % و برای ۱۰ هفته ۳۰/۸ % بود که بسیار کمتر از مطالعه‌ی ما می‌باشد.

در مطالعه‌ی H.Amir در استرالیا (۴۸) میزان شیردهی در سال ۲۰۰۴-۲۰۰۵ در ۳ ماهگی ۶۴/۶ %، در ۶ ماهگی ۴۸/۹ % و در ۹ ماهگی ۲۳/۳ % بود در مطالعه‌ی ما این مقادیر به ترتیب ۹۴/۹،

۹۳/۹ و ۹۰/۵ درصد بود که نشان می دهد میزان شیردهی در استرالیا بسیار کمتر از مطالعه ی ما می باشد.

در مطالعه ی Vossenaar در گواته مالا (۸) میزان شیردهی در ۵ ماهگی ۳۳٪ و در ۶ ماهگی ۲۳٪ بود در مطالعه ی ما این مقادیر به ترتیب ۹۳/۲ و ۹۲/۵ درصد بود.

در مطالعه ی فریور در ایران (۵۵) در سال ۲۰۰۶-۲۰۰۵ میزان شیردهی در یک سالگی ۹۰٪ و در دو سالگی ۵۷٪ بود. در مطالعه ی وقاری در شمال ایران (۶۰) میزان شیردهی در دوسال اول زندگی ۵۷/۱٪ بود. در مطالعه ی کمالی (۶۲) در سال ۱۳۸۷ در تهران ۹/۷٪ اصلا شیر مادر نخورده بودند، میزان شیردهی تا یک سالگی ۴۱/۳٪ بود و میانگین مدت شیردهی ۱۸/۳ ماه بود. در مطالعه ی محمد رضا وفا و همکاران (۵۰) که در تهران و در سال ۲۰۰۸ انجام شد میزان تغذیه با شیر مادر ۱۱/۸٪ به مدت ۶ ماه و کمتر بود، ۸/۵٪ به مدت ۶ تا ۱۲ ماه، ۱۳/۲٪ به مدت ۱۲ تا ۱۸ ماه و ۶۶/۵٪ به مدت بیش از ۱۸ ماه بود. از مجموع مطالعات فوق چنین بر می آید که میزان شیردهی در ایران نسبت به سایر کشورها بهتر است و در مطالعه ی ما نسبت به مطالعات قبلی در کشور ما این میزان افزایش یافته است.

در کودکان مطالعه ی ما ۷۳/۴٪ شیرمادرخوار بودند، ۱۸/۹٪ از شیر خشک به همراه شیر مادر استفاده می کردند و ۷/۷٪ از شیر خشک استفاده می کردند.

در مطالعه ی محمدرضا وفا (۵۰) در سال ۲۰۰۸ در تهران مشابه مطالعه ی ما ۷۵/۷٪ شیرمادرخوار بودند، ۳/۹٪ از شیر خشک و ۲۰/۴٪ هم شیرخشک و هم شیرمادر مصرف می کردند.

در مطالعه ی سعیدی (۵۳) در مشهد ۷۷/۳٪ از کودکان شیر مادر خوار بودند، ۵/۳٪ شیر خشک، ۱۱٪ شیرمادر به همراه شیر گاو و ۶/۳٪ شیر مادر و غذای مصنوعی استفاده می کردند که درصد تغذیه با شیر مادر و شیر خشک مشابه مطالعه ی ما بود.

در مطالعه ی عبدی نیا (۶۱) در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۳ در تبریز ۸۰/۹۷٪ از کودکان شیر مادرخوار بودند، ۱۱/۱۵٪ شیر خشک، ۰/۹۱٪ شیر گاو و ۶/۹۷٪ هم از دو یا سه مورد از موارد فوق را مصرف می کردند که میزان تغذیه با شیر مادر کمی بیشتر از مطالعه ی ما بود.

در مطالعه ی آقابابایی (۵۷) در سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ در همدان ۸۷/۳۵ % از کودکان شیر مادرخوار بودند که این میزان کمی بیشتر از مطالعه ی ما بود.

در مطالعه ی Erokola در فنلاند (۴۰) ۸۰ % از مادران نوزاد خود را علاوه بر شیر مادر با شیرکمی شامل شیر خشک یا donate تغذیه می کردند. در مطالعه ی Gibbs (۱۹) در آمریکا ۳۱/۱ % غالبا شیر خشک می خوردند که نشان می دهد میزان استفاده از شیر خشک در ایران و در مطالعه ی ما کمتر از اروپا و آمریکا است.

مدت زمان کلی مصرف شیر خشک در مطالعه ی ما ۶۳/۸ % به مدت ۶ ماه و کمتر بود و ۳۶/۲ % بیشتر از ۶ ماه بود. این میزان در مطالعه ی محمد رضا وفا (۵۰) ۷۹/۲ % به مدت ۶ ماه و کمتر و ۲۰/۸ % بیشتر از ۶ ماه بود که نشان می دهد طول مدت مصرف شیر خشک در مطالعه ی ما بیشتر بوده است.

زمان شروع غذای کمی در مطالعه ی ما در ۱۲/۱ % کمتر از ۶ ماه و ۶۶/۳ % در ۶ ماهگی و ۲۱/۶ % بیشتر از ۶ ماه بود. در مطالعه ی کمالی (۶۲) زمان شروع غذای کمی در ۳۱/۱ % کمتر از ۶ ماه، ۶۳/۳ % در ۶ ماهگی و ۵/۶ % از موارد بعد از ۶ ماه بود که نشان می دهد زمان شروع غذای کمی در مطالعه ی ما مطلوبتر بوده است.

در مطالعه ی محمد رضا وفا (۵۰) زمان شروع غذای کمی ۱۰/۱ % در ۴ ماهگی و کمتر، ۶۶ % در بیش از ۴ تا ۶ ماه و در ۲۳/۹ % از موارد بیش از ۶ ماه بود که این مقادیر در مطالعه ی ما در ۴/۸ % چهار ماهگی و کمتر بود، در ۷۳/۶ % بیش از ۴ تا ۶ ماه و در ۲۱/۶ % بیش از ۶ ماهگی بود. مطالعه ی آقابابایی (۵۷) این مقادیر به ترتیب ۱ %، ۹۵/۲ %، ۳/۸ % بود که نشان می دهد در مطالعه ی آقابابایی درصد بسیار بالاتری در محدوده ی مطلوب قرار داشته اند که بیشتر از مطالعه ی ما می باشد در حالیکه در مطالعه ی محمد رضا وفا نسبت به مطالعه ی ما درصد کمتری از افراد در محدوده ی مناسب شروع غذای کمی قرار داشته اند.

۶۰ % کودکان این مطالعه فرزند اول خانواده، ۳۲/۵ % فرزند دوم خانواده و ۷/۴ % فرزند سوم و بیشتر خانواده بودند در حالیکه در مطالعه ی محمد رضا وفا (۵۰) رتبه ی تولد به ترتیب ۴/۴ %، ۳۱/۳ % و ۲۰/۲ % بود. و در مطالعه ی وفایی (۵۶) هم رتبه ی تولد به ترتیب این گونه بود: ۵۷ %،

۲۵٪ ، ۱۷/۲٪ که نشان می دهد در مطالعه ی ما نسبت به دو مطالعه ی فوق تعداد بیشتری از کودکان فرزند اول خانواده بوده اند .

تغذیه ی مناسب در دو سال اول زندگی یکی از مهم ترین فاکتورها در تکامل سلامتی کودکان در آینده است (۷۰) کمبود ویتامین و آهنی از مشکلات شایع تغذیه ای در کودکان کمتر از ۵ سال است که به رشد فیزیکی و رشد مغزی آسیب می زند (۵۳) از این رو در این مطالعه به بررسی میزان مصرف مکمل آهن و مولتی ویتامین در مادران باردار و کودکان پرداختیم .

از مجموع کودکان مورد مطالعه ۹۱/۵٪ از قطره ی آهن استفاده کرده بودند و ۸/۵٪ این مکمل را مصرف نکرده بودند. همچنین ۹۴/۱٪ از کودکان مورد مطالعه از مولتی ویتامین استفاده کرده بودند و ۵/۹٪ این مکمل را مصرف نکرده بودند.

در مطالعه ی سعیدی(۵۳) ۸۰/۷٪ از مادران از مکمل مولتی ویتامین و آهن برای کودکان به صورت مرتب استفاده می کردند، ۱۷/۷٪ گاهی استفاده می کردند و ۱/۷٪ اصلاً از این مکمل ها استفاده نمی کردند که نشان می دهد میزان عدم استفاده در مطالعه ی ما بیشتر بوده است.

در مطالعه ی عبدی نیا(۶۱) ۶۳٪ قطره ی آهن را به صورت منظم و ۲۱٪ به صورت نامنظم مصرف می کردند و ۱۶٪ این مکمل را مصرف نمی کردند. همچنین ۶۹/۹٪ مولتی ویتامین را به صورت منظم و ۱۹/۹٪ به صورت نامنظم مصرف می کردند و ۱۰/۲٪ این مکمل را مصرف نمی کردند که نشان می دهد میزان عدم استفاده در مطالعه ی عبدی نیا بیشتر از مطالعه ی ما است.

در مطالعه ی آقابابایی (۵۷) ۹۳/۱٪ مولتی ویتامین یا ویتامین A-D را در ۶ ماهه ی اول زندگی دریافت کرده بودند. این مقایسه ها نشان می دهد میزان مصرف مکمل آهن و مولتی ویتامین در کودکان کشور ما و همچنین در این مطالعه مطلوب است.

در مطالعه ی Briefel (۵۴) در کودکان آمریکایی میزان مصرف مکمل حاوی آهن و مولتی ویتامین در سن ۴-۵ ماهگی ۸٪ بود، در ۶ تا ۱۱ ماهگی ۱۹٪ و در ۱۲ تا ۲۴ ماهگی ۳۱٪ بود که بسیار کمتر از مطالعه ی ما است.

در مطالعه ی Picciano (۵۲) در آمریکا میزان مصرف مکمل ۱۱/۹٪ کمتر از ۱ سال و ۳۸/۴٪ در سنین ۱ تا ۳ سال بود که بسیار کمتر از مطالعه ی ما می باشد.

در مطالعه ی Rasanen (۳۳) در فنلاند میزان مصرف ویتامین D در ۳ ماهگی ۹۱/۲٪ ، در ۶ ماهگی ۹۰/۶٪ ، در ۱۲ ماهگی ۸۰/۵٪ ، در ۲۴ ماهگی ۴۱/۶٪ و در ۳۶ ماهگی ۲۶/۳٪ بود که مشابه مطالعه ی ما می باشد .

در مطالعه ما طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر با میزان درآمد خانواده ، نوع زایمان مادر ، شغل پدر و رتبه ی تولد کودک ارتباط معنی داری داشت بدین صورت که با افزایش میزان درآمد خانواده طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر کاهش می یافت ($P=0.026$) . به عبارت دیگر خانواده های با درآمد کم ۳/۰۴ برابر و خانواده های با درآمد متوسط ۱/۶۹ برابر بیشتر از خانواده های با درآمد خوب تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه داشتند ($P=0.002$) که به نظر می رسد در خانواده های با درآمد بالاتر، بدلیل در دسترس بودن بیشتر مواد غذایی مختلف تمایل به شروع زودرس غذای کمکی و قطع تغذیه ی انحصاری با شیر مادر بیشتر است.

کودکانی که فرزند اول خانواده بودند ۷/۹ برابر و کودکانی که فرزند دوم خانواده بودند ۴/۹ برابر بیشتر از کودکانی که فرزند سوم و بیشتر خانواده بودند شانس تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۶ ماه را داشتند. ($P=0.018$) که احتمالاً این بدین دلیل است که توجه به فرزندان اول خانواده بیشتر است و با افزایش رتبه ی تولد پیروی از اصول صحیح تغذیه ی شیرخوار کمتر می شود.

کودکانی که حاصل زایمان طبیعی بودند ۲/۳ برابر بیشتر از کودکانی که حاصل زایمان سزارین بودند شانس تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر را داشتند. ($P=0.003$) همانطور که می دانیم زایمان طبیعی در صورت امکان و نبودن مشکلات زنان بهترین نوع زایمان است و مطالعه ی ما نشان داد مادرانی که زایمان طبیعی را بعنوان یک الگوی درست زایمان انتخاب می کنند از سایر الگوهای سالم تغذیه ای مثل تغذیه ی انحصاری با شیر مادر هم بیشتر پیروی می کنند.

کودکانی که پدران با مشاغل بهداشتی درمانی، فرهنگی، نظامی داشتند ۴/۷ برابر بیشتر از کودکانی که پدران با مشاغل آزاد، کارگر، کشاورز و خدماتی داشتند شانس تغذیه ی انحصاری با شیر مادر به مدت ۴ ماه و بیشتر داشتند ($P=0.035$) که نشان می دهد پدران با مشاغلی مانند بهداشتی درمانی، فرهنگی و نظامی سطح آگاهی بیشتری در رابطه با الگوی صحیح تغذیه ی شیر خوار نسبت به پدران با مشاغل آزاد دارا هستند.

در مطالعه ی Radhakrishnan (۶۳) تحصیلات مادر ، شغل مادر، نوع زایمان، تعداد فرزندان خانواده و درآمد خانواده تاثیر مستقیمی در تغذیه ی انحصاری با شیر مادر داشتند. درحالیکه در مطالعه ی ما تحصیلات و شغل مادر ارتباطی با تغذیه ی انحصاری با شیر مادر نداشت زیرا به نظر می رسد در آموزش تغذیه ی انحصاری با شیرمادر مراکز بهداشتی و درمانی موثرتر از آموزش و پرورش و آموزش عالی عمل می کنند و مادران با تحصیلات پایین و خانه دار هم می توانند از الگوی صحیح تغذیه ی شیرخوار مطلع شوند.

در مطالعه ی کمالی (۶۲) مادران با زایمان سزارین مدت تغذیه ی انحصاری با شیرمادر طولانی تری داشتند و مادران با تحصیلات دانشگاهی مدت تغذیه ی انحصاری با شیرمادر کوتاهتری داشتند در حالیکه در مطالعه ی ما مادران با زایمان طبیعی مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر طولانی تری داشتند و تحصیلات مادر ارتباطی با تغذیه ی انحصاری با شیر مادر نداشت که بنظر می رسد عدم تاثیر مثبت تحصیلات مادر در مدت تغذیه با شیر مادر بدلیل پوشش مناسب آموزشی مراکز و پایگاههای بهداشتی که تمامی مادران را دربر می گیرد باشد.

در مطالعه ی ما مدت تغذیه با شیر مادر با نوع زایمان مادر و وضعیت اقتصادی خانواده ،رتبه ی تولد کودک و تعداد افراد خانواده ارتباط معنی داری داشت بدین صورت که مادران با زایمان طبیعی شیردهی طولانی تری داشتند ($P=0.026$). و با بهبود وضعیت اقتصادی خانواده میزان شیردهی افزایش می یافت ($P=0.003$). کودکانی که فرزند اول خانواده بودند نسبت به کودکانی که فرزند سوم و یا بیشتر خانواده بودند $14/9$ برابر بیشتر شانس تغذیه با شیر مادر به مدت 12 تا 24 ماه را داشتند ($P=0.001$).

کودکان خانواده های 4 نفره نسبت به کودکان خانواده های 3 نفره $1/8$ بیشتر در معرض تغذیه با شیر مادر به مدت کمتر از 12 ماه بودند ($P=0.046$). همچنین کودکان خانواده های 5 نفره نسبت به خانواده های 3 نفره $13/6$ برابر بیشتر در معرض تغذیه با شیر مادر به مدت کمتر از 12 ماه بودند ($P=0.000$) که این مسئله احتمالاً بدین دلیل است که در بعضی موارد بارداری و تولد فرزند دوم و سوم نا خواسته است و مادر علی رغم عدم تکمیل دوره ی شیردهی فرزند قبلی خود باید شروع به شیردهی فرزند تازه متولد بنماید .

در مطالعه ی وقاری (۶۰) میزان شیردهی در ۲ سال اول زندگی با بهبود وضعیت اقتصادی خانواده ارتباط داشت همانند مطالعه ی ما که با بهبود وضعیت اقتصادی خانواده میزان شیردهی افزایش می یافت.

در مطالعه ی آقابابایی (۵۷) طولانی بودن مدت تغذیه با شیر مادر با سطح تحصیلات مادر ، سن مادر ، تعداد فرزندان ، جنس کودک و آموزش شیردهی ارتباط داشت زیرا این فاکتورها نشان دهنده ی شرایط مادر جهت تغذیه ی شیر خوار با شیر مادر می باشد.

در مطالعه ی Tarrant (۱۰) در فنلاند میزان تغذیه با شیر مادر در سطح اجتماعی اقتصادی بالا ، افراد تحصیلکرده ، افراد ازدواج کرده ، افراد با سن بالاتر و غیر سیگاری ها بیشتر بود چون این مادران از حمایت بیشتری جهت شیردهی برخوردار هستند در حالیکه در مطالعه ی ما طول شیردهی ارتباطی با تحصیلات مادرنداشت که همانطور که قبلا ذکر شد به نظر می رسد در کشور ما آموزش مراکز و پایگاههای بهداشتی در این رابطه موثرتر از سیستم آموزش عمومی و عالی می باشد.

مطالعه ی Amir (۴۸) در استرالیا نشان داد شیردهی در میان گروههای با سطح اجتماعی اقتصادی بالا نسبت به سالهای قبل افزایش یافته است که این بدلیل افزایش ترویج تغذیه با شیر مادر به عنوان الگوی تغذیه ای سالم می باشد و زنان از خانواده های پایین کمتر تمایل به شیردهی دارند که این احتمالا بدلیل عدم حمایت خانواده و اجبار به کار خارج از خانه بدلیل مسائل مالی می باشد.

مطالعه ی Heck (۴۷) در آمریکا نشان داد میزان تغذیه با شیر مادر در کودکانی که والدین با درآمد بالاتر ، تحصیلات بالاتر و صاحب شغل تخصصی یا مدیریتی داشتند بیشتر بود که احتمالا بدلیل شرایط حمایتی بهتر و سطح آگاهی بالاتر خانواده می باشدو میزان شیردهی در زنان با تحصیلات پایین تر ، درآمد کمتر ، سطح پایین تر تحصیلات همسر ، نوزاد LBW و پاریتی بالاتر کمتر است که این هم احتمالا بدلیل نداشتن پشتیبان مالی و سطح پایین آگاهی است.

در مطالعه ی Kohlhuber (۱۳) در آلمان مهم ترین فاکتوری که شیردهی را کاهش می داد نگرش منفی همسر به شیردهی بود . عدم شیردهی با سطح پایین تحصیلات مرتبط بود . مدت شیردهی کوتاه هم با مشکلات شیردهی ، سیگار کشیدن ، تحصیلات پایین ، نگرش منفی همسر و زایمان سزارین مرتبط بود. در مطالعه ی ما هم زایمان سزارین با کاهش طول شیردهی همراه بود.در کشور ما علاوه بر علل

پزشکی زایمان سزارین در مواردی هم انتخاب این نوع زایمان با توجه به انتخاب خود مادر است و مطالعه‌ی ما نشان می‌دهد مادرانی که زایمان سزارین را که زایمانی غیر مناسب در شرایط عدم اجبار است انتخاب می‌کنند از سایر الگوهای صحیح مانند طول شیردهی مناسب هم کمتر پیروی می‌کنند.

در مطالعه‌ی Flacking (۱۶) در سوئد سطح تحصیلات مادر، عدم شاغل بودن مادر، رفاه اجتماعی و درآمد به شدت با میزان شیردهی ارتباط داشت مانند مطالعه‌ی ما که بهبود وضعیت اقتصادی باعث بهبود میزان تغذیه با شیر مادر می‌شود زیرا احتمالاً در شرایط اقتصادی بهتر حمایت خانواده از مادر بیشتر است و مادر احتیاج به کار جهت تامین معاش خود ندارد و با خیال آسوده تری می‌تواند به تغذیه‌ی شیرخوار خود با شیر ادامه بدهد.

در مطالعه‌ی Senarath (۴۲) که در سال ۲۰۰۳ انجام شده است مادران با وضعیت اقتصادی خوب کمترین مقدار تغذیه با شیرمادر را نسبت به مادران با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف داشتند که بر خلاف مطالعه‌ی ما بود که احتمالاً بدلیل باورهای فرهنگی نادرست و عدم ترویج مناسب الگوی تغذیه‌ی صحیح شیرخوار در آن زمان بوده است.

مطالعه‌ی Griffiths (۴۱) در کشورهای UK نشان داد مادران تحصیلکرده تمایل داشتند مدت طولانی تری کودکشان را با شیر مادر تغذیه کنند که احتمالاً بدلیل آگاهی بالاتر این مادران از الگوی صحیح تغذیه‌ی شیرخواران است.

در مطالعه‌ی Kristiansen (۱) در نروژ مدت شیردهی و مدت تغذیه‌ی انحصاری با شیرمادر به طور بارزی با سن مادر، سیگار کشیدن مادر، سطح تحصیلات پدر، وضعیت ازدواج، ناحیه‌ی جغرافیایی محل سکونت و سطح تحصیلات مادر به عنوان مهم ترین فاکتور ارتباط داشت که در مطالعه‌ی ما هیچ یک از این فاکتورها موثر نبودند.

مصرف شیر خشک همراه با شیر مادر در مطالعه‌ی ما با شغل مادر به طور معنی داری ارتباط داشت بدین صورت که مصرف همزمان شیر مادر و شیر خشک در مادران شاغل بیشتر بود ($P=0.005$). که این مسئله احتمالاً بدین دلیل است که در زمانی که این مادران سر کار هستند پرستار کودکشان مجبور به تغذیه‌ی شیرخوار با شیرخشک است.

مصرف شیر خشک به تنهایی در مطالعه ی ما با رتبه ی تولد و نوع زایمان مادر ارتباط معنی داری داشت بدین صورت که با افزایش رتبه ی تولد استفاده از شیر خشک به تنهایی کاهش می یابد ($P=0.040$) که احتمالاً بدلیل افزایش آگاهی و توانایی مادر در شیردهی با افزایش تعداد کودکان می باشد. و مادران با زایمان سزارین بیشتر از مادران با زایمان طبیعی از شیر خشک به تنهایی استفاده می کنند ($P=0.050$) که همانطور که قبلاً ذکر شد به نظر می رسد الگوهای تغذیه ای نامناسب در مادران با زایمان سزارین بیشتر است.

مطالعه ی Gibbs (۱۹) در آمریکا نشان داد کودکانی که غالباً شیرمادرخوار هستند در بالاترین سطح اجتماعی اقتصادی قرار دارند در حالیکه کودکانی که غالباً شیر خشک می خورند در پایین ترین سطح اجتماعی اقتصادی قرار دارند و کودکانی که هم شیر خشک و هم شیر مادر می خورند بین این دو گروه قرار دارند زیرا تغذیه با شیر مادر بهترین الگوی تغذیه ی شیرخوار است و احتمالاً در سطوح اجتماعی اقتصادی بالا که سطح تحصیلات و آگاهی بالاتری را دارا می باشند بیشتر است .

زمان شروع قطره ی مولتی ویتامین در کودکان مطالعه ی ما با نوع زایمان مادر ، تحصیلات مادرو رتبه ی تولد ارتباط معنی داری داشت بدین صورت که مادران با زایمان طبیعی زودتر برای کودکان مولتی ویتامین را شروع کرده بودند ($P=0.029$) چون همانطور که پیشتر گفتیم به نظر می رسد مادران با زایمان طبیعی از الگوهای تغذیه ای صحیح بیشتر استفاده می کنند. با افزایش رتبه ی تولد هم مصرف این مکمل زودتر شروع شده بود ($P=0.045$) که این احتمالاً بدلیل افزایش تجربه و آگاهی مادر در فرزندان بعدی خویش می باشد. در حالیکه مادران با تحصیلات بالاتر دیرتر این مکمل را برای کودکان شروع کرده بودند ($P=0.00$) که با توجه به افزایش میزان آگاهی با افزایش سطح تحصیلات این نتیجه خارج از انتظار بود.

در این مطالعه با افزایش سطح تحصیلات مادر مصرف مکمل آهن به طور معنی داری افزایش می یابد ($P=0.014$) که همانطور که انتظار می رود با افزایش سطح تحصیلات میزان آگاهی در مورد فواید مصرف مکمل آهن افزایش می یابد و در نتیجه میزان مصرف این مکمل در بین مادران با تحصیلات بالاتر بیشتر بود. و با افزایش رتبه ی تولد هم این مکمل به طور معنی داری زودتر شروع می شود ($P=0.030$) که این مسئله هم احتمالاً بدلیل افزایش تجربه و آگاهی مادران می باشد.

در مطالعه ی Brifel (۵۴) در آمریکا مصرف مکمل غذایی در نیمه ی شمالی آمریکا بیشتر بود و با افزایش تعداد فرزندان کاهش می یافت که احتمالا بدلیل توانایی مالی کمتر با افزایش تعداد فرزندان خانواده بوده است . در حالیکه در مطالعه ی ما مکمل مولتی ویتامین و آهن در کودکان با رتبه ی تولد بیشتر زودتر شروع می شد که احتمالا بدلیل افزایش تجربه و آگاهی مادران ما می باشد.

در مطالعه ی سعیدی(۵۳) ارتباط قوی بین سطح تحصیلات مادر و استفاده از مکمل وجود داشت همانند مطالعه ی ما که مصرف قطره ی آهن با افزایش تحصیلات مادر افزایش می یافت که این احتمالا بدلیل آگاهی بیشتر از مزایای مکمل آهن در تحصیلات بالاتر مادر می باشد .

در مطالعه ی Rasanen (۳۳) در خانواده های بیش از ۳ فرزند معمولا میزان دریافت ویتامین D ناکافی و کمتر از خانواده های تک فرزندی بود که احتمالا بدلیل کاهش توانایی مالی خانواده در مصرف مکمل ویتامینی با افزایش جمعیت خانواده است .مصرف ویتامین D در کودکانی که مادرشان بیش از ۲۵ سال است بیشتر بود که احتمالا بدلیل افزایش آگاهی مادر می باشد.

در مطالعه ی Picciano (۵۲) در آمریکا مصرف مکمل غذایی با درآمد بالای خانواده و محیط خالی از سیگار ارتباط داشت در مطالعه ی ما هم مدت مصرف مکمل آهن با افزایش درآمد خانواده افزایش می یافت.

در مجموع مطالعه ی ما نشان داد مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر و طول مدت شیر دهی در کودکان این مطالعه مطلوب است همچنین نوع شیر مصرفی و مکمل های ویتامینی با عوامل اجتماعی اقتصادی همانند وضعیت اقتصادی خانواده ، نوع زایمان مادر، شغل مادر ،رتبه ی تولد کودک تعداد افراد خانواده و سطح تحصیلات مادر مرتبط می باشد.

نقاط قوت مطالعه :

۱- با توجه به محدوده ی سنی کودکان مطالعه ی ما که از ۱۲ ماه شروع شده بود میزان دقیق طول مدت تغذیه ی انحصاری با شیر مادر در مطالعه ی ما مشخص شد.

۲- در بسیاری از مطالعات در مورد مصرف مکمل ویتامینی و املاح در کودکان از منظم یا نا منظم بودن مصرف سوال شده بود در حالیکه در مطالعه ی ما میزان دقیق مصرف مکمل بر حسب تعداد ماههای مصرف سوال شد که این مسئله به آنالیز کمی کمک کرد.

محدودیت های مطالعه :

۱- با توجه به گذشته نگر بودن این مطالعه بخشی از اطلاعات به طور دقیق در خاطر مادران مورد پرسشگری نبود و در مورد سوالهایی که به مدت و نوع تغذیه و مدت مصرف مکمل مربوط می شد در بعضی موارد جواب ها تقریبی بود.

پیشنهادهات :

- ۱-آموزش به مادران در مورد مزایای شیرمادر برای کودکان و مزایای شیردهی برای مادران
- ۲-آموزش شیوه ی صحیح شیر دادن به مادران
- ۳-آموزش اهمیت شیردهی در دوران بارداری جهت آمادگی مادر برای شروع شیردهی
- ۴- آموزش به پدران جهت حمایت از مادر برای شیردادن به کودک
- ۵-آموزش به پدران و مادران و مادر بزرگ ها جهت اصلاح نگرش های منفی به شیردادن یا دادن شیر آغوز به کودک
- ۶-ارتقاء سطح کیفی تغذیه ی مادر با آموزش استفاده ی بیشتر از لبنیات ، گوشت ، دانه ها ،میوه ها و سبزیجات
- ۷-حمایت از مادران با درآمد پایین به صورت بسته های حاوی مواد غذایی
- ۸- با توجه به این مورد که از علل عدم مصرف مکمل آهن ایجاد لکه های روی دندان کودکان ذکر می شد آموزش نحوه ی صحیح مصرف مکمل آهن .
- ۹-با توجه به اینکه از علل عدم مصرف مکمل آهن و مولتی ویتامین عدم تحمل دهانی یا خوراکی این مکمل ها ذکر می شد ارتقاء سطح کیفی این مکمل ها پیشنهاد می شود .
- ۱۰-با توجه به تحمل بهتر مکمل های خارجی پیشنهاد می شود این اقلام دارویی جهت کمک به خانواده های کم درآمد تحت پوشش بیمه قرار گیرد.

فصل ششم

فهرست منابع

فهرست منابع

1- Kristiansen A , Lande B, Cecilie N and Andersen I . Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway . Public health nutrition (2011) : 2010. 13(12),2087 – 2096

2- Guelinckx'I, Devlieger R , Bogaerts A , Pauwels S and Vansant G . The effect of pre-pregnancy BMI on intention , initiation and duration of Breast –feeding . Public health nutrition (2011) ; 15(5),840 -848

3- Petry R . Breast feeding and socioeconomic status An analysis of breastfeeding rates among low – SES mothers. Washington and lee university publication USA (2013). Poverty and human capability studies capstone . <http://hdl.handle.net/11021/240840>

4- بابایی غ، حاجی زاده ا ، کشاورز م ، شایگان م. بکارگیری تحلیل بقا در بررسی ارتباط زمان آغاز شیردهی با عوامل مرتبط با مادر و نوزاد . مجله علمی پزشکی، دوره ی ۶ ، شماره ی ۱ ، بهار ۱۳۸۶

5-Pramod K. Gopa I and H.S.Gill.Oligosaccharids and glycoconjugates in bovine milk and colostrum. British Journal of Nutrition (2000),84,Suppl 1,S69-S74

6- Morales E , Garcia-Esteban R,Guxens M , Guerra S, Mendez M, Molto-Puigmarti C ,et al .Effects of prolonged breastfeeding and colostrum fatty acids on

allergic manifestation and infections in infancy. Clin Exp Allergy. 2012 Jun;42(6): 918 – 28

7-Mah BL , Van Ijzendoorn MH , Smith R, Bakermans-Kranenburg MJ. Oxytocin in postnatally depressed mothers: its influence on mood and expressed emotion. Prog neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2013 Jan 10;40 :267-72

8- Vossenaar M, van Beusekom I, Doak C, Solomons N. Feeding pattern before 6 months of age : the relative validity of recall from interviews of mothers of Guatemalan infants and toddlers. Asia Pac J Clin Nutr 2014 ; 23 (4) : 634 – 640

9-WORLD HEALTH ORGANIZATION . Global strategy for infant and young child feeding . The optimal duration of exclusive breastfeeding FIFTY- FOURTH WORLD HEALTH ASSEMBLY Provisional agenda item 13.1 A54/INF.DOC./4 1 May 2001

10-Roslyn C, Tarrant and John M, Kearney . Symposium on ‘The challenge of translating nutrition research into public health nutrition’ Session 1 : Public health nutrition Breast –feeding practice in Ireland. Proceedings of the Nutrition Society (2008), 67, 371-380 .

11-U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding . Washington, DC: U.S. Department of health and human services, office of the Surgeon General ; (2011). This publication is available at <http://www.surgeongeneral.gov>.

12- Oakley L, Renfrew M, Kurinczuk J , Quigley M . Factors associated with breastfeeding in England . BMJ Open 2013 ;3:e002765

13- Kohhuber M, Rebhan B , Schwegler U, Koletzko B and Fromme H .
breastfeeding rates and duration in Germany . British Journal of Nutrition
(2008),99,1127-1132

14- Hunsberger M, Lanfer A , Reeske A , Veidebaum T, Russo P , Hadjigeorgiou C
,et al. Infant feeding practices and prevalence of Obesity in eight European
countries . Public Health nutrition(2012) ;16(2),219-227 .

15- Lozano M, Torre D, Martin J, Hernandez C, Aguilar t . Breast – feeding in Spain.
Public health nutrition(2001): 4(6A), 1347- 1351

16- Flacking R , Hedberg Nyqvist K , Ewald U. Effects of socioeconomic status on
breastfeeding duration in mothers of preterm and term infants . European Journal
of Public Health(2007) , Vol. 17 , no. 6,579-584

17- Lamberti L , Fischer C, Noiman A, Victora C , Black R . Breastfeeding and the
risk for diarrhea morbidity and mortality .. BMC Public health 2011, 11(Suppl
3):S15

18- Smith J , Harvey P . Chronic disease and infant nutrition : is it significant to
public health ? Public health Nutrition(2010) : 14 (2) , 279 – 289

19- gibbs B , Forste R. Socioeconomic status , Infant feeding Practices ,and Early
Childhood Obesity(2012) .801-422-8284.

20- Anderson J , Johnstone B, Remley D. Breast – feeding and cognitive development. Am J Clin Nutr 1999 ; 70:525 – 35 .

21- Hee Han Y , Yon M,Seok Han H , Yup Kim K, et al. Folate content in human milk and casein – based and soya – based formulas, and folate status in Korean infants . British journal of nutrition (2009) , 101, 1769 -1774

22- Perez-Escamilla R, Cobas J, Balcazar H , Holland Benin M . Specifying the antecedents of breast-feeding duration in Peru through a structural equation model . Public health nutrition (1999):2 (4),461 – 467

23- Sullivan K, Ford E, Azrak F , Mokdad A . Multivitamin use in pregnant and nonpregnant women.Public Health Report / may- june 2009 / volume 124

24- Eneroth H . Infant anemia and micronutrient status . Studies of Early determinants in Rural Bangladesh . Faculty of Medicine(2011) 638 ISSN 1651 – 6206 ISBN 978 – 91 – 554- 7992 -3

25- Vatanparast H , Adolphe J, Whiting S . Socio-economic status and vitamin /mineral supplement use in Canada December 2010. Health Reports, Vol . 21, no .4,

26- Schmidt M, Muslimatun s , west C, Schultink W , Hautvast J . Mental and psychomotor development in Indonesian infants of mothers supplemented with

vitamin A in addition to iron during pregnancy . British Journal of nutrition (2004), 91, 279 -285

27-Monica M , Osorio I , Pedro I , Ashworth L. Factors Associated with Hb concentration in children aged 6 – 59 months in the state of Pernambuco, Brazil . British Journal of nutrition (2004),91, 307 -314

28- Domellof M , hernell O. Iron deficiency anemia during the first two years of life. Scandinavian journal of nutrition; 46 (1): 20-30 2002 Taylor & Francis ISSN 1 102- 6480

29- Davidsson L , Ziegler E, Kastenmayer P, Hurrell R . Erythrocyte incorporation of iron by infants: iron bioavailability from a low- iron infant formula and an evaluation of the usefulness of correcting erythrocyte incorporation values . British Journal of Nutrition (2000), 84, 847- 853

30- Shakur Y , Choudhury N, Heyder Z, Zlotkin S . Unexpectedly high early prevalence of anaemia in 6-month-old breast-fed infants in rural Bangladesh . Public Health nutrition(2009) : 13(1),4-11

۳۱ - طهماسبی بروجنی ش ، شهبازی م ، نقدی ن . تاثیر سطوح مختلف عنصر روی در دوران بارداری بر رشد و تکامل جسمانی نوزادان . رشد و یادگیری حرکتی – ورزشی – زمستان ۱۳۸۸ شماره ی ۳- ص ص: ۹۹-۱۱۶

32- Benton D . Symposium 1: Vitamins and cognitive development and performance vitamins and neural and cognitive developmental outcomes in children. Nutrition society (2012), 71 , 14-26

33- Rasanen M, Kronberg – kippila C, Ahonen S , Uusitalo L , Kautiainen S, Erkkola M,et al. Intake of vitamin D by Finnish children aged 3 months to 3 years in relation to sociodemographic factors. European Journal of Clinical Nutrition (2006) 60 , 1317 – 1322

34- Alipour S, Saberi A, Seifollahi A, Shirzad N, Hosseini L. Risk Factors and prevalence of vitamin D deficiency among Iranian women attending two university hospitals. Iran red crecent med J. 2014 october ; 16 (10): e 15461.

35- Abdel Nabi Bakeit Z, Yousif Abdel Megeid F .Study of Risk Factors of Rickets in children . World Applied Sciences Journal 17 (11):1386 -1393,2012 ISSN 1818 – 4952

36- Meldrum S, D’Vaz N , Simmer K, Dunstan J , Hird K, Prescott S . Effect of high dose fish oil supplementation during early infancy on neurodevelopment and language . British Journal of Nutrition (2012), 108 , 1443 – 1454

37-Stene L, Ulriksen J,Magnus P, joner G . Use of cod liver oil during pregnancy associated with lower risk of type 1 diabetes in the offspring . Diabetologia (2000) 43:1093 – 1098

38- Dewey KG. Nutrition , growth , and complementary feeding of the breastfed infant. Pediatr Clin North Am. 2001 Feb; 48 (1): 87- 104.

39- Kulkarni B , Christian P, Leclercq S, Khatry S . Determinants of compliance to antenatal micronutrient supplementation and women's perceptions of supplement use in rural Nepal . Public Health Nutrition (2009) : 13(1), 82 -90

40- Erkkola M, Salmenhaara M , Kronberg – Kippila C , Ahonen S, Arkkola T, Uusitalo L . Determinants of breast-feeding in a Finnish birth cohort . Public health nutrition(2009) : 13(4) , 504 -513

41- Griffiths L, Tate R , Dezateux C . Do early infant feeding practices vary by maternal ethnic group . Public health nutrition(2007) : 10 (9) ,957 – 964

42- Senarath U, Dibley M, Agho K . Breast – feeding performance index : a composite index to describe overall breast- feeding performance among infants under 6 months of age . Public health nutrition(2007) : 10 (10) , 996 -1004

43- Ziegler A, Schmid S , Huber D, Hummel M, Bonifacio E . Early infant feeding and Risk of developing type 1 diabetes – associated autoantibodies . JAMA, October 1 , 2003 – vol 290 , no .13

44- Lakati A, Binns C, Stevenson M. Breast-feeding and the working mother in Nairobi . Public health nutrition(2002) : 5 (6), 715 -718

45- Hawkins S, Griffiths L, Dezateux C, Law C. The impact of maternal employment on breast – feeding duration in the UK Millennium Cohort Study . Public health nutrition(2007) : 10 (9),891 – 896

46- Colaizy' T, Saftlas A , Morriss Jr F . Maternal intention to breast – feed and breast – feeding outcomes in term and preterm infants. Public health nutrition (2011) : 15(4), 702 – 710

47- Heck K, Braveman P, Cubbin C, Chavez G, Kiely J . Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers . Public health Reports /January – February 2006 / volume 121

48- Amir L , Donath S. Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia . MJA 2008; 189: 254 – 256 . MJA September 2008 . volume 189 number 5 . 2008

49- Ochola S, Labadarios D, Nduati R . Impact of counseling on exclusive breast – feeding practices in a poor urban setting in Kenya . Public health nutrition (2012) :16 (10) , 1732- 1740

50- Vafa M, Moslehi N , Afshari SH, Hossini A , Eshraghian M . Relationship between breastfeeding and Obesity in Childhood . J health popul nutr 2012 sep; 30 (3): 303 -310 ISSN

51- Ghanbarnejad A , Abedini S , Taqipoor L . Exclusive breast feeding and its related factors among infants in Bandar abbas city , Iran. J Babol Univ Med Sci (2014) ;16 (1); pp: 85-91

52- Picciano M, Dwyer J ,RadimerK , Wilson D , Fisher K, Thomas P , et al . Dietary supplement use among infants, children, and adolescents in the United States , 1999-2002. Arch Pediatr Adolesc Med. 2007; 161 (10):978-985 .

53- Saeidi M, Vakili R, Khakshour A, Taghizadeh Moghaddam H, Ali Kiani M . Iron and Multivitamin Supplements in Children and its Association with Growth rate . International Journal of Pediatrics (1 Des 2013) , Vol . 1, Serial No.

54- Briefel R , Hanson C , Fox M, NovakT, Ziegler P. Do vitamin and mineral supplement contribute to nutrient adequacy or excess among US infant and toddlers. Journal of the American Dietetic Association(2006) , 106 (suppl) , s 52 . el- s 52 . el5

55- Farivar KH , Heidarzadeh A , Strandvik B, Yngve A. Breast feeding in Iran :Prevalence , duration and current recommendation . International breastfeeding Journal 2009 ,volume 4 , 4:8

56-Vafaee A , Khabazkhoob M,Moradi A , Najafpoor A. Prevalence of exclusive breastfeeding during the first six month of life and its determinant factors on the referring Children to the health center in mashhad , northeast of Iran – 2007 . Journal of Applied Sciences 10 (\$): 343 – 348 , 2010 ISSN 1812-5654

57- Aghababaii S , Artimani T , Mahjoob H, Shobein F. Assessing the infant's breast feeding in Hamedan city, Iran . Sky Journal Of Medicine and Medical Sciences (2014) Vol. 2(10).pp. 086-091

58- Singh G, Kogan M , Dee D, Nativity / Immigrant status , Race / Ethnicity, and socioeconomic determinants of breast feeding initiation and duration in the united states, 2003 . PEDIATRICS FEBRUARY 2007 VOLUME 119, SUPPLEMENT 1,

59-Carig P , Knight J, Webster V , Harris H . Initiation and duration of breastfeeding in an aboriginal community in south weastern Sydney . Journal of human lactation (2011). 27(3) 250-261

60- Veghari CH . Association of economic status with breast feeding rates in northern Iran . J Pak Med Assoc2012 . JPMA 62: 756;

61- Abdinia B. Maternal Knowledge and Performance about use of Iron and multivitamin supplement in children in northwest Tabriz – Iran . International journal of pediatrics Apr 2014 , Vol. 2, N.2-2. Serial No.5,

۶۲ - کمالی ز، رسولی ب، رود پیما ش، حاجی میر صادقی ز، ایوانی م ج. بررسی میزان شیردهی و عوامل موثر بر آن در سه بیمارستان شهر تهران، سال ۱۳۸۷. مجله ی علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران. سال هفتم، شماره ی ۵، ویژه نامه ی زمستان ۱۳۹۱، صفحات ۱۳۴-۱۲۵

63- Radhakrishnan SH, Balamuruga S. Prevalence of exclusive breast feeding Practices among rural Women in Tamil Nadu . International Journal of Health and Allied Sciences (2012). Vol . 1 . Issue 2.

64- Heidarzadeh A, Strandvik B, Yngve A . Reasons given by mothers for discontinuing breastfeeding in Iran . International breastfeeding journal 2012 , 7:7

65- Filteau S. Symposium on 'nutrition and immunity ' role of breast – feeding in managing malnutrition and infectious disease . Proceedings of the nutrition society (2000), 59 , 565 – 572

۶۶- هادی بیگی ا، بررسی الگوی تغذیه ی تکمیلی و عوامل مرتبط با آن در کودکان زیر ۳۰ ماهه ی مراجعه کننده به مراکز و پایگاههای بهداشتی شهر قزوین در سال ۱۳۹۱ ، دوره ی دکتری عمومی پزشکی ، دانشگاه علوم پزشکی قزوین ، دانشکده ی شهید بابایی ، سال ۱۳۹۱

67- Center for disease control and prevention health resources and service administration . Healthy people 2010 objects . [http : //www.healthy people . gov/document/ HTML/ vplume2/ 16 MICH. Htm# - Toc 494600660](http://www.healthy people . gov/document/ HTML/ vplume2/ 16 MICH. Htm# - Toc 494600660)

68 -World health organization (WHO). Infant and Young child nutrition: Global strategy on infant and young child feeding .WHO ,2002 Resolution WHA55/15, Geneva : Apr 2014.

69-Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA , Morris SS . How many child deaths can we prevent this year? Lancet 2003;362:65-71.

70- Vakili R. Children's growth . Mashhad University of Medical Sciences Winter 2005 , Department of Research. Volume 2 ..

71- Medhi GK,Mahanta J. Breast feeding , weaning practices nutritional status of infant of tea garden workers of Assam . Indian Pediatr 2004: 41:1277-9

72- Banapurmath CR. Sobti R. Status of infant and young child feeding :
Davanagere (state of kanataka) . Bulletin of breast feeding promotion network of
india 2003 :16-8

73- Gupta A, Gupta YP. Status of infant and young child feeding in 49 districts (98
blocks) of India. Breast feeding promotion network of India (BPNI) . 2003 ;14-8

پیوست پرسشنامه :

کد پرسشنامه : تاریخ : نام پرسشگر : نام کودک : نام درمانگاه :

- | | |
|--|----------------------------------|
| ۱- سن کودک: (ماه) | ۲- جنس : ۱-مذکر ۲-مونث |
| ۳- وزن کودک در زمان تولد (کیلوگرم): | ۴- وزن فعلی کودک (کیلوگرم) : |
| ۵- قد کودک در زمان تولد (سانتی متر): | ۶- قد فعلی کودک (سانتی متر): |
| ۷- دور سر کودک در زمان تولد (سانتی متر): | ۸- دور سر فعلی کودک (سانتی متر): |

- | | |
|---|--|
| ۹- سن مادر | ۱۰- سن پدر |
| ۱۱- شغل مادر | ۱۲- شغل پدر |
| ۱- خانه دار ۲-بیکار ۳- بهداشتی درمانی ۴- فرهنگی ،معلم ،دبیر ،استاد ۵-آزاد، کاسب ، | کارگر، کشاورز ،خدماتی ۶- پلیس یا نظامی ،ارتش و پاسدار ۷-بازنشسته |

- | | |
|---|---|
| ۱۳- تحصیلات مادر | ۱۴-تحصیلات پدر |
| ۱-بیسواد و ابتدایی ۲- راهنمایی و متوسطه ۳- دیپلم و فوق دیپلم ۴- لیسانس و بالاتر | ۱۵- تعداد افراد خانواده با (والدین): |
| ۱۶- درآمد متوسط ماهیانه خانوار: | ۱- بالای ۴ میلیون تومان ۲- ۲-۴ میلیون ۳- ۱-۲ میلیون ۴- کمتر از ۱ میلیون |
| ۱۷- نوع زایمان مادر : ۱-طبیعی ۲- سزارین | ۱۸- کودک نا خواسته یا برنامه ریزی شده بوده؟ ۱- ناخواسته ۲- با برنامه |

۱۹- کودک شما چند ماه فقط از شیر مادر استفاده کرده است؟ ۹۹- هنوز شیر مادر می خورد ۸۸- نمیداند

۲۰- کودک شما چند ماهگی از شیر مادر گرفته شده ؟ ۹۹- هنوز شیر مادر می خورد ۸۸- نمیداند

- ۲۱- آیا کودک شما همراه شیر مادر ،از شیر خشک هم استفاده کرده است؟ ۱-بلی ۲-خیر
- ۲۲- آیا کودک شما فقط از شیر خشک استفاده کرده است؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۲۳- اگر بلی چند ماه ؟

- ۲۴- کودک غذای کمکی را از چند ماهگی شروع کرده است؟ ۹۹- هنوز شروع نکرده ۸۸- نمیداند
- ۲۵- اولین غذای کمکی کودک چه بوده است؟ ۱- فرنی ۲- حریره ی بادام ۳- شیر برنج ۴- سوپ
- ۵- میوه ۶- نان ۷- بیسکویت ۸- آب میوه ۹- غذای خانواده ۱۰- مواد غذایی دیگر (نام ببرید)....
- ۸۸- نمیداند ۹۹- هنوز غذای کمکی شروع نکرده است
- ۲۶- چندمین فرزند خانواده است؟
- ۲۷- آیا کودک شما از قطره یا شربت آهن استفاده کرده؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۲۸- اگر بلی چند ماه؟ ۹۹- هنوز میخورد
- ۲۹ در صورت استفاده از قطره یا شربت آهن از چند ماهگی شروع کردید؟ ۸۸- نمیداند
- ۳۰- آیا کودک شما از مولتی ویتامین استفاده کرده؟ ۱- بلی ۲- خیر
- ۳۱- اگر بلی چند ماه؟ ۹۹- هنوز میخورد
- ۳۲- در صورت استفاده از مولتی ویتامین یا AD از چند ماهگی شروع کردید؟ ۸۸- نمیداند
- ۳۳- کودک شما چند ماه از شیر خشک به همراه غذای دیگر استفاده کرده است؟ ۹۹- استفاده نکرده است
- ۷۷- هنوز شیر خشک به همراه غذای دیگر استفاده می شود

Abstract

Introduction:

Breast milk is the best nutrition for growth and development of infants. Vitamin deficiency and anemia are the most common nutritional problem in less than 5 year old children that can damage their physical and mental development.

Method:

This study assess the relationship between family socioeconomic indices and the type of milk and the supplement consumption in 12 to 60 month's children in Qazvin in 2014. Data for this study was collected by questionnaire and through interview. Data was analyzed by chi-square test and the correlation coefficient and logistic regression.

Results:

The results of the study of 891 children showed that 73.4 % of children were only breastfed , 18.9 % have used the formula with breast milk and 7.7% only have used formula. The mean duration of breast feeding in our study was 18.72 months. Our study showed that the duration of breast feeding was significantly increased by improving family income ($P=0.003$) and normal vaginal delivery (0.026).

At the same time consumption of formula with breast milk in working mothers was significantly more than home care mothers ($P=0.005$) .

consumption of formula was significantly higher in mothers with cesarean delivery ($P=0.050$).

By increasing in birth order iron ($P=0.030$) and multivitamin($P=0.045$) supplement were significantly started earlier in children.

By increasing the educational level of mother , multivitamin supplement for the children was significantly started later ($P=0.000$) but the duration of iron supplement consumption was significantly increased in children ($P=0.014$).

Conclusion:

According to the result of this study the type of milk , the multivitamin and mineral supplement consumption were associated with socioeconomic indices such as : family incomes , type of delivery , mothers job, birth order , family size and mothers education.

Key word: breast feeding , formula , supplement, socioeconomic